

Cirujano General

Volumen
Volume **25**

Suplemento
Suplemento **1**

Octubre-Diciembre
October-December **2003**

Artículo:

Trabajos en Cartel del 001-138

Derechos reservados, Copyright © 2003:
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 CARTEL

- | | |
|---|---|
| <p>56 Duplicación apendicular, presentación de un caso.</p> <p>56 Abdomen agudo por litopedion.</p> <p>56 Necrosis de epiplón mayor en hernia inguinal estrangulada. Reporte de un caso.</p> <p>56 Quiste de mesenterio, reporte de un caso y revisión de la literatura.</p> <p>57 Tuberculosis intestinal y peritoneal, reporte de un caso.</p> <p>57 Sarcoma epiteloide de epiplón mayor como causa de abdomen agudo: reporte de caso.</p> <p>57 Tumoración abdominal a expensas de glándula suprarrenal no funcionante (carcinoma pleomorfo corticoadrenal), de difícil diagnóstico.</p> <p>57 Mucocele apendicular.</p> <p>58 Tumor quístico gigante disecante de la fosita peritoneal sigmoidea.</p> <p>58 Endometrioma en cicatriz quirúrgica.</p> <p>58 Apendicitis izquierda asociada a embarazo y situs inversus completo.</p> <p>58 Quiste mesentérico. Reporte de un caso.</p> <p>58 Abdomen agudo secundario a diverticulitis yeyunal.</p> <p>59 Cistadenoma mucinoso gigante del apéndice cecal.</p> <p>59 Tratamiento quirúrgico de urgencia en úlcera péptica perforada.</p> <p>59 Diverticulitis complicada, presentación no habitual.</p> <p>59 Abdomen agudo quirúrgico, embarazo epiploico shock hipovolémico, hallazgos patología, gabinete. Revisión bibliográfica actualizada.</p> <p>60 Incidencia de ostomías en unidades de 2° nivel en la ciudad de Zihuatanejo, Gro.</p> <p>60 Banda gástrica ajustable en paciente con antecedentes de gastroplastía vertical y rebote a los 9 años.</p> <p>60 Diverticulitis complicada de Meckel en adultos.</p> <p>60 Caso reporte de sangrado de tubo digestivo bajo secundario a diverticulosis yeyunal.</p> <p>60 Duplicación del tracto alimentario. Cuando el patólogo falla.</p> <p>61 Cáncer gástrico temprano, reporte de un caso y revisión de la literatura.</p> <p>61 Funduplicatura nissen en <i>situs inversus</i> abdominal. Reporte de un caso.</p> | <p>61 Dolor en cuadrante superior derecho persistente postcolecistectomía.</p> <p>61 Utilidad de las placas simples de abdomen en el diagnóstico de apendicitis aguda.</p> <p>62 Laparoscopia diagnóstica en hematomas de pared abdominal. Reporte de 4 casos. evitar cirugías no necesarias.</p> <p>62 Esplenomegalia gigante por leucemia granulocítica crónica, presentación de un caso.</p> <p>62 Sangrado variceal e hipertensión portal segmentaria asociados a trombosis de la vena esplénica.</p> <p>63 Esplenectomía laparoscópica: abordaje lateral, presentación de un caso.</p> <p>63 Absceso esplénico, reporte de un caso y revisión bibliográfica.</p> <p>63 Esplenomegalia gigante por leucemia granulocítica crónica, presentación de un caso.</p> <p>63 Esplenorrafia en trauma abdominal "como lo hago yo".</p> <p>63 Glomus carotídeo. Presentación de un caso.</p> <p>64 Tiroiditis de hashimoto uninodular, reporte de un caso.</p> <p>64 Bocio multinodular con lipoma cervical gigante: reporte de un caso.</p> <p>64 Bocio multinodular con ca anaplásico: reporte de un caso.</p> <p>65 Trauma craneoencefálico como causa de fascitis necrotizante en cuello.</p> <p>65 Infección sinergista en cuello, reporte de un caso.</p> <p>65 Prevalencia cáncer de tiroides.</p> <p>65 Cáncer papilar de tiroides metastásico y resección radical de cuello por lesión gigante.</p> <p>66 Incidencia de procesos infecciosos en cuello en el Hospital General de Naucalpan.</p> <p>66 Histiocitoma fibroso maligno. Reporte de un caso.</p> <p>66 Hiperparatiroidismo primario secundario a adenoma paratiroideo.</p> <p>66 Quiste tirogloso: reporte de un caso.</p> <p>67 Quiste branquial.</p> <p>67 Cistadenoma seroso salival. Presentación de un caso de ubicación inusual y revisión de la literatura.</p> <p>67 Incidencia del cáncer de tiroides en el Hospital General Tacuba ISSSTE.</p> |
|---|---|

- 67 **Carcinoma anaplásico de tiroides.**
- 67 **Cáncer anaplásico de tiroides. Reporte de un caso.**
- 68 **Riñón poliquístico como causa de hernia encarcelada en pared abdominal anterior.**
- 68 **Mielolipoma suprarrenal asintomático. Reporte de un caso y revisión de la literatura.**
- 68 **Feocromocitoma extraadrenal. Reporte de un caso y revisión de la literatura.**
- 68 **Linfangioma de glándula suprarrenal.**
- 69 **Bocio intratorácico.**
- 69 **Cinco años de experiencia laparoscópica en el HGZ II del IMSS cárdenas, Tabasco**
- 69 **Cirugía de invasión mínima, con trócares de laparoscopia.**
- 69 **Indicadores pronósticos de falla para el egreso hospitalario temprano en colecistectomía laparoscópica electiva.**
- 70 **Colecistectomía endoscópica, una alternativa a bajo costo.**
- 70 **Tratamiento laparoscópico de la patología abdominal durante el embarazo.**
- 70 **Apendicectomía por laparoscopia.**
- 70 **Colectomía por laparoscopia.**
- 70 **Esplenectomía por vía laparoscópica (reporte de un caso).**
- 71 **Anatomía de la visión posterior de la región inguinal: una descripción exhaustiva de lo históricamente olvidado.**
- 71 **Primera colecistectomía laparoscópica en paciente embarazada del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", ISSSTE"**
- 71 **Resección de uretero por laparoscopia.**
- 71 **Nefrectomía por laparoscopia.**
- 71 **Tumor de epiplón, reporte de un caso abordado por laparoscopia.**
- 72 **Manejo laparoscópico con asistencia endoscópica para acalasia. Resumen de un caso y revisión de la literatura.**
- 72 **Extracción de cuerpo extraño por toracoscopia.**
- 72 **Uraco persistente.**
- 72 **Ultrasonograma como diagnóstico prenatal de cistoadenoma gigante de ovario.**
- 72 **Vólvulo gástrico agudo. Reporte de un caso.**
- 73 **Páncreas anular como causa de obstrucción intestinal proximal en neonatos.**
- 73 **Tricobezoar gastroduodenal como causa de pancreatitis aguda grave: reporte de un caso.**
- 73 **Teratoma sacrococcígeo: informe de un caso.**
- 73 **¿Diverticulitis de Meckel?**
- 74 **Apendicitis aguda por ascaris, presentación de un caso.**
- 74 **Colon tóxico secundario a cáncer de recto.**
- 74 **Características epidemiológicas de la apendicitis aguda en un Hospital del Valle de México.**
- 75 **Divertículo perforado con fístula interna a retroperitoneo: reporte de un caso.**
- 75 **Endometriosis apendicular, reporte de caso.**
- 75 **Experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda en pacientes pediátricos.**
- 76 **Divertículo perforado con fístula interna a retroperitoneo: reporte de un caso.**
- 76 **Fascitis abdominal a consecuencia de apendicitis atípica.**
- 76 **Colitis isquémica más adenocarcinoma infiltrante de colon.**
- 76 **Uso de AST, DHL y Amilasa como predictores de complicaciones de apendicitis.**
- 76 **Colitis ulcerativa crónica en menor de 14 años, reporte de un caso y revisión de literatura.**
- 77 **Tumor de células pequeñas desmoplásico peritoneal maligno.**
- 77 **Resección y anastomosis primaria sin preparación intestinal en el tratamiento quirúrgico urgente de la diverticulitis aguda del sigmoides.**
- 77 **Cuerpos extraños en recto: un problema médico vigente. Experiencia en el Hospital General de México O.D.**
- 77 **Lesiones en ano-recto por cuerpos extraños.**
- 78 **Resección de vólvulus de sigmoides con anastomosis primaria. Reporte de un caso.**
- 78 **Gangrena de fournier.**
- 78 **Fístula colouterina. Reporte de un caso.**
- 78 **Reporte de caso: hemangiopericitoma en mesocolon.**
- 79 **Intususcepción ileocólica del adulto, manejo quirúrgico, reporte de un caso.**
- 79 **Síndrome de Peutz-Jeghers, presentación de un caso y revisión de la literatura.**
- 79 **Perforación colónica por catéter de derivación ventriculoperitoneal. Presentación de un caso y revisión de la literatura.**

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 79 | Apendicitis crónica, reporte de un caso. | 84 | Cáncer de próstata, con metástasis a órbita, como manifestación primaria: reporte de un caso. |
| 80 | Apendicitis postraumática. Reporte de un caso. | 85 | Importancia de la enseñanza de cirugía en pregrado. |
| 80 | Cáncer de colon asociado a colitis ulcerativa crónica inespecífica. | 85 | Competencia del cirujano general: de la investigación a la acción. |
| 80 | Mucocele apendicular como causa de abdomen agudo. | 85 | Los casos insólitos en la cirugía general y su resolución quirúrgica. Experiencia en 25 años. Servicio de cirugía general, Hospital General de México, O.D. |
| 80 | Dolicocolon asociado a vólvulos. | 85 | Tratamiento quirúrgico de la esofagitis asociada a gastritis alcalina y úlcera duodenal. |
| 80 | Hemorragia gastrointestinal baja como primera manifestación de leucemia mieloide aguda. | 86 | Tricobezoar gástrico, informe de tres casos. |
| 81 | Apendicitis aguda: trastorno quirúrgico abdominal agudo más frecuente. Importancia del diagnóstico diferencial para evitar cirugías no necesarias. | 86 | Divertículo esofágico epifrénico. |
| 81 | Enfermedad de hirschsprung de segmento corto. Presentación de un caso. | 86 | Poliposis esofágica por infección de virus de papiloma humano. Reporte de un caso y revisión de literatura. |
| 81 | Linfoma primario de intestino delgado. Reporte de un caso. | 87 | Tratamiento quirúrgico del divertículo de zenker en manos del cirujano general. |
| 82 | Manifestaciones clínicas en la enfermedad inflamatoria intestinal. | 87 | Experiencia en el tratamiento quirúrgico de patología esofágica benigna y maligna con esofagectomía y reemplazo esofágico con ascenso gástrico. |
| 82 | Vólvulo de ciego, simulando vólvulo de sigmoides. | 87 | Manejo quirúrgico del divertículo de zencker. |
| 82 | Adenoma vellosa gigante. | 87 | Endoprótesis metálica autoexpandible en carcinoma gástrico recurrente a nivel de la esofagoyeyunoanastomosis. |
| 82 | Cáncer colorrectal. Experiencia en el hospital regional 1° de octubre. | 88 | Fístula gástrica, informe de un caso. |
| 83 | Vólvulo de sigmoides recurrente: Reporte de un caso. | 88 | Tricobezoar gástrico. |
| 83 | Vólvulos cecal posterior a operación cesárea. Reporte de un caso. | 88 | Úlcera péptica perforada del 01/01/1994 al 31/12/2000. |
| 83 | Síndrome de ogilvie: reporte de un caso. | 88 | Carcinoide gástrico asociado a cirrosis biliar primaria |
| 83 | Sección completa de colon sigmoides secundaria a colonoscopia, reporte de un caso. | 89 | Tricobezoar y úlcera gástrica perforada, presentación de un caso. |
| 84 | Hemorroidectomía con engrapadora mecánica: experiencia inicial en un Hospital de Tercer Nivel de Petróleos Mexicanos. | 89 | Sarcoma gástrico. Reporte de un caso. |
| 84 | Vólvulo de sigmoides necrosado en paciente de 19 años con resección y anastomosis primaria. | 89 | Gastrostomía, tratamiento inocuo de la disfagia. |
| 84 | Cáncer de colon: reporte de caso. | 89 | El síndrome de rapunzel y sus complicaciones; presentación de un caso. |

ABDOMEN

001 TC-042

DUPLICACIÓN APENDICULAR, PRESENTACIÓN DE UN CASOCauzor VR, Perez PA, García MF
Hospital General Pachuca, SSA Pachuca Hidalgo.

Objetivo: Presentación de un caso de extraordinaria rareza. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 20 años que acudió a servicio de urgencias de esta unidad con datos francos de abdomen agudo de 24 horas de evolución. Los estudios de laboratorio se encontraron dentro de parámetros normales a excepción de leucocitosis. La radiografía simple de abdomen demostró niveles hidroaéreos en fosa iliaca derecha y borrarmento de psoas derecho, se realizó apendicectomía y se encontraron dos apéndices cecales uno en posición normal con proceso edematoso otro un centímetro por arriba de este sobre la tenia anterior, más pequeño que el primero, y perforado en su punta, los estudios de patología de ambos revelan tejido apendicular. **Introducción:** Las variaciones anatómicas del apéndice son poco frecuentes dentro de éstas, la duplicación es la más común. A pesar de la alta frecuencia de la apendicectomía sólo se han comunicado 60 u 80 casos de duplicación apendicular en la literatura mundial desde su descripción original en 1903. Collins la encontró en sólo 0.004% de 50,000 apéndices humanos examinados. Pese a la rareza de esta condición, un error en su conocimiento puede tener serias consecuencias clínicas y médico legales. De la clasificación original de Cave, se utiliza actualmente y desde 1963 la clasificación de Wallbrige, distinguiéndose tres tipos anatómicos de duplicación apendicular, han sido descritos, cada cual como resultados de diferente evento embriológico. Pero se han informado de variantes que escapan a esta clasificación. La duplicación apendicular tipo "A" se describe como un solo apéndice con su cuerpo o la punta dobles o alternativamente completamente divididos como un doble cañón (duplicación parcial, la mas frecuente), con la base común y de un único ciego. El tipo "B" se describe como la presencia de dos apéndices separados con bases también localizadas en diferentes sitios del ciego (el tipo denominado Avian o "B1" a cada lado de la válvula ileocecal) o un apéndice normal ubicado en el sitio habitual y un segundo apéndice rudimentario ubicado en la línea de una de las tenias (tipo "B2"), con ambas bases brotando desde la tenia intestinal (tipo tenia-coli). El tipo "B1" se asocia con otras múltiples anomalías congénitas graves. El tipo "C" es un ciego doble cada uno con su propio apéndice asociado a múltiples anomalías del tracto gastrointestinal y urinario. Se describe también una variante o tipo "D", un apéndice en herradura con dos aperturas en el ciego común. **Conclusiones:** Se comunica entonces un caso de duplicación apendicular de tipo "B2" con dos apéndices localizados uno en sitio habitual y con proceso edematoso y el otro de ellos rudimentario, naciendo dos centímetros por encima del anterior y sobre una tenia, y con perforación en su punta, se tomó material fotográfico y se cuenta con estudio de patología concluyente a dos apéndices.

002 TC-044

ABDOMEN AGUDO POR LITOPEDIONCauzor VR, García BM, Castro EM
Hospital General Pachuca, SSA Pachuca Hidalgo.

Presentación del caso: Paciente femenino de 82 años que acudió a urgencias de esta unidad con abdomen agudo de 3 días de evolución. Los estudios de laboratorio se encontraron dentro de parámetros normales a excepción de leucocitosis. La radiografía de abdomen demostró niveles hidroaéreos, imagen calcificada ovoide de 3 x 4 cm en fosa iliaca derecha. Se realizó laparotomía exploradora, encontrando material purulento y adherida a trompa derecha, calcificación ovoide de 3 x 4 x 4 cm donde se observan partes óseas bien definidas. **Objetivo:** Reporte de caso aislado encontrado en el servicio de cirugía del Hospital General de Pachuca. **Conclusiones:** Se intenta mostrar un hecho aislado, encontrado de

forma fortuita, se tomaron medidas del litopedion encontrando húmero de 27 mm, ultrasonográficamente corresponde a edad gestacional de 18.4 semanas. Por el antecedente de que la paciente cuenta con 82 años y según referencias familiares, tuvo menopausia a los 45, se calculó que el producto estuvo en cavidad, un promedio de 40 años, logrando calcificación de este tipo. **Discusión:** De 1,000 embarazos ectópicos, 9.2% son abdominales, que corresponde a 10 de cada 100,000 nacimientos. El litopedion indica feto muerto intraabdominal sometido a calcificación, inusual complicación ocurre en 0.0045% de gestaciones se presentan como hallazgos incidentales en autopsia, cirugía o en estudios radiográficos del abdomen, las complicaciones de formación de litopedion, incluyen vólvulos de ciego, obstrucción intestinal, fistulas y abscesos, para prevenir complicaciones, se considera la remoción quirúrgica del litopedion, valorando el riesgo beneficio con alta morbilidad asociada.

003 TC-054

NECROSIS DE EPIPLÓN MAYOR EN HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA. REPORTE DE UN CASODelgado C, Carlos A, Vázquez RD, Zamarrón GR, López MS
Hospital Metropolitano «Dr. Bernardo Sepúlveda» S.S.N.L.

Antecedentes: Hernia inguinal padecimiento quirúrgico más frecuente en México y en el mundo. Población General 3-5%, Problema de Salud Pública, 300 a 500,000 casos/año. Hernia encarcelada: Contenido herniario atrapado en el saco, sin compromiso circulatorio. Hernia estrangulada: Compromiso circulatorio. Cuando hay necrosis de los tejidos, se debe resolver el problema de acuerdo a los hallazgos quirúrgicos. Contenido del saco herniario muy variable incluye: saco herniario con líquido seroso, asas de intestino delgado o grueso, principalmente sigmoides, en raras ocasiones ovario, apéndice y epiplón. **Objetivo:** Presentación de un caso. **Informe del caso:** Masculino 27 años edad, Síndrome Down, ingresado Urgencias por dolor inguinal izquierdo 2 días de evolución, aumento de bolsa escrotal y región inguinal izquierdas, náusea, sin vómito, manejo sintomático sin mejoría. EF: Abdomen globoso, panículo adiposo, peristalsis normal, blando, depresible, sin dolor, Rebote (-), No masas ni plastrones, región inguinoescrotal izquierda aumento de volumen 12 x 8 cm, firme, no pétreo, dolor a la palpación, no reducible, transluminación de bolsa escrotal negativa. Laboratorio: Hb 12.3 Leucos 12,100 Rx Abdomen: normal. Dx de Hernia Inguinoescrotal encarcelada. Hallazgos transoperatorios hernia Gilbert III con epiplón con compromiso vascular y necrosis, Laparotomía Exploradora encontrando epiplón mayor en saco herniario con torsión y necrosis hasta su inserción en colon transversal, Tx Omentectomía, reparación hernia cono de malla. P.O. satisfactorio, tolera vía oral, control posoperatorio 15 días y 2 meses sin recurrencia. **Conclusiones:** El saco herniario inguinal puede estar lleno de sorpresas, Plastia inguinal puede requerir procedimientos alternos más radicales al presentarse la necesidad de explorar la cavidad abdominal.

004 TC-055

QUISTE DE MESENTERIO, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURADelgado CCA
I.M.S.S. H.G.Z. # 4 Guadalupe N.L.

Antecedentes: Quistes de mesenterio 1507 por Beneviene son sumamente raros, benignas sólo 3% malignas, cualquier edad, incidencia 1:100,000 ingresos adultos y 1:20,000 ingresos niños, clasificación por características etiológicas y clínicas, presentándose asintomáticos, dolor crónico o vago o abdomen agudo, difícil diagnóstico preoperatorio, gran utilidad ultrasonido y tomografía computada, tratamiento quirúrgico resección para evitar recidivas. Seguimiento con ultrasonido seriado. **Objetivo:** Presentación de un caso. **Resultados:** Masculino 32 años edad, ingresa a Urgencias por dolor abdominal 3 días evolución, cólico, epi y mesogástrico, irradiación difusa y localización a fosa iliaca derecha, náusea sin vómito, sin fiebre, 2 evacuacio-

nes diarreas semilíquidas, recibió tratamiento médico. A su ingreso presenta signos vitales con T/A 110/80, FC 85x', FR 21x', °T 36.4C. E.F.: Abdomen globoso, peristalsis disminuida, hiperbaralgia, resistencia muscular voluntaria, dolor a la palpación media y profunda, en cuadrante inferior derecho, McBurney (+), Rebote (+), Psoas (+), Talo Percusión (+). Tacto rectal: dolor en cara anterior. Laboratorio: Hb 12.4g% Leucos 12,300 Rx Abdomen: asa centinela en cuadrante inferior derecho, borramiento de psoas derecho. Dx Apendicitis aguda. Tratamiento quirúrgico, hallazgos: Abundante líquido libre en cavidad aprox. 1,000 cc de aspecto amarillento, quiloso, no fétido, apéndice cecal normal, cavidad peritoneal tumoración quística base de mesenterio, aprox. 10 x 10 cm, rota, origen en la raíz del mesenterio, se realiza resección completa del quiste, Apendicectomía profiláctica. Evolución postoperatoria satisfactoria, último control 2 y 6 meses sin evidencia ecográfica de recurrencia. Histopatológico reportó quiste linfático. **Conclusiones:** Quiste de mesenterio es entidad rara que debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en abdomen agudo.

005 TC-089

TUBERCULOSIS INTESTINAL Y PERITONEAL, REPORTE DE UN CASO

Zendejas HJC

Hospital General Naucalpan, ISEM

Resumen: La tuberculosis está incrementándose tanto en países desarrollados como en desarrollo debido a tratamiento inadecuado de los enfermos, a la epidemia de VIH, a la resistencia a los fármacos, además se considera la primera amenaza para la salud pública de la década debido a que en el mundo actual mueren más enfermos por TB, y no hace distinción en sexo, edad o situación económica. Se trata de paciente femenino de 14 años de edad, con embarazo de 35.4 SDG, la cual inicia padecimiento con dolor abdominal tipo cólico, generalizado, acompañado de náusea, llegando al vómito de características gastroalimentario, distensión abdominal, y no presentar movimientos fetales por lo que acude al servicio de toco cirugía. EF: TA: 110/70 T: 36.7, FC: 89, FR19. Paciente consciente, sin respuesta coherente al interrogatorio, mal orientada, palidez de tegumentos, cardiopulmonario sdp, abdomen globoso secundario a útero gestante y líquido de ascitis, ruidos peristálticos disminuidos en tono y frecuencia, palpación media y profunda con dolor generalizado resistencia involuntaria, genitales con edema +++, diuresis normal, no adenomegalias cervicales, axilares, inguinales. Laboratorio: HB: 11.8, hto: 36, L: 12000, gpo: 0+, TP: 16.4, TPT: 33.8, G: 94, U: 12, Cr: 5.5 plaquetas: 91000. USG: líquido de ascitis, producto obitado, pielocaliectasias. Rx tórax: Infiltrado parahiliar, calcificaciones 8 mm bilateral. **Evolución:** Se realiza conducción del parto y atención del mismo, posteriormente laparotomía encontrando: Líquido de ascitis citrino turbio no fétido, adherencias laxas de color blanquecino grisáceo, y gránulos implantados en intestino del mismo color, en epiplón y pared abdominal, se realiza apendicectomía incidental, toma de biopsias, citoquímico de líquido de ascitis. Se inicia tratamiento con isoniacida, rifampicina y piracinamida. PPD: 28 mm, VSD: 136, Citoquímico: Vol celular 2,700 x mm³, amarillo ++, turbio, glucosa 68 mg, proteínas 3,4 mg PMN: 2%, M: 98%. Patología: apéndice y epiplón con centros germinales prominentes, hiperplasia de tejido linfóide subepitelial.

006 TC-112

SARCOMA EPILOIDE DE EPIPLÓN MAYOR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE CASO

Ricárdez J, López CA, Farías M, Ramírez E, Keller P, Castañeda R, Liceaga A, Alonso E, Portes MA
Hospital Mocel, Grupo Ángeles México D.F.

Resumen clínico: Masculino de 26 años originario de Comalcalco Tabasco, ocupación ingeniero químico, el cual ingresa con dolor abdominal tipo cólico de 4 días de evolución generalizado de predominio en fosa ilíaca derecha, acompañado de náusea y vómito, fiebre de 38C, Mc Burney (+), Von Blumberg (+), Rovsing (+), se solicita PSA encontrando opacidad generalizada sin mayores hallazgos. Laborato-

rios leucos 12.7, bandas 3. Manejo inicial. Se sospecha probable cuadro apendicular, se realiza incisión Mc Burney encontrando líquido serohemático 200 cc y tumoración grisácea friable, de aspecto cerebroides, se convierte a laparotomía media y se identifica tumoración de epiplón mayor que abarca toda la cavidad abdominal, se solicita estudio histopatológico transoperatorio reportando tumoración maligna indiferenciada compatible con linfoma no Hodgkin de alto grado. Se decide cierre y manejo conservador con quimioterapia. Evolución. Al paciente se inicia manejo con quimioterapia y se egresa. Se obtiene estudio patológico definitivo, reportando leiomioma fusocelular epitelioide de alto grado de epiplón mayor, positivo a desmina y parcial a keratina por inmunohistoquímica. Se solicita control tomográfico encontrando mejoría y reducción tumoral, continuando con manejo establecido controles tomográficos, reducción tumoral 70% y se realiza LAPE con omentectomía para resección tumoral e implantes peritoneales, así como parte de pared abdominal. 30 días posterior a LAPE, reingresa con dolor abdominal y recidiva tumoral importante, invasión generalizada, con METS, hepáticas y óseas corroboradas por TAC y fallece.

007 TC-113

TUMORACIÓN ABDOMINAL A EXPENSAS DE GLÁNDULA SUPRARRENAL NO FUNCIONANTE (CARCINOMA PLEOMORFO CORTICADRENAL), DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Ricárdez J, Monges A, Farías M, Ramírez E, Keller P, Liceaga A, Castañeda R, Portes M, Alonso E
Hospital Mocel, Grupo Ángeles México D.F.

Resumen clínico: Masculino 69 años, inició su padecimiento 2 años previos a su ingreso con dolor en hipocondrio y flanco derecho tipo pulsátil, intensidad 7/10 sin irradiaciones, de instalación súbita, progresivo, pérdida de peso de aproximadamente 14 kg en 6 meses, con crecimiento tumoral en región de hipocondrio derecho de 15 X 10 cm sólida, fija, no dolorosa. Manejo inicial. Se solicitó TAC con biopsia guiada que reporta tumoración a expensas de hígado con fibrosis, compatible con hepatoma, se realizó laparoscopia diagnóstica, reportando tumoración incipiente de colon ascendente, Ultrasonografía que reporta tumoración a expensas de hígado, Colon por enema reporta compresión extraluminal de colon ascendente a nivel de ángulo hepático. Cuenta con los antecedentes de ser portador de Hepatitis C y várices esofágicas, con episodios de sangrado. Manejo quirúrgico. Se realiza LAPE encontrando tumoración retroperitoneal, subhepática y retrocolónica con adherencias firmes, requiriendo resección de ciego con válvula ileocecal, colon ascendente y transversal, así como la tumoración a expensas de glándula suprarrenal derecha. Diagnóstico definitivo. Carcinoma pleomorfo corticoadrenal no funcional derecho. Complicaciones. Fístula urinaria por lesión ureteral corregida con cáterter doble J y reparación de uretero.

008 TC-137

MUCOCELE APENDICULAR

Aquino BJL, Alvarez BF

Policlínica de Especialidades. Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Antecedentes: El mucocele apendicular, dilatación por obstrucción de su luz por proliferación inflamatoria o neoplásica mucosa, es muy raro y su variedad más común es el cistoadenoma pero frecuentemente coincide con otra tumoración colónica. **Objetivo:** Llamar la atención sobre esta entidad que por su rareza puede hacernos incurrir en errores de manejo diagnóstico y terapéutico. Informe de un caso: Un hombre de 68 años, cursó 4 meses con dolor abdominal en C.I.D., continuo, moderado y con constipación; notó una tumoración en el mismo sitio. Clínicamente se encontró afebril, dolor a la palpación y masa tumoral fija en C.I.D., B.H. normal; T.A.C: ciego irregular y tumoración de 9 cm. Se somete a laparotomía encontrando tumoración de 10 x 7 cm dependiente del tercio distal apendicular, no fijo a órganos vecinos, se realizó apendicectomía convencional. **Resultados:** Su evolución clínica fue satisfactoria y el reporte histopatoló-

gico fue de mucocelo simple. **Discusión:** Dado que la presentación clínica más común del mucocelo es un cuadro apendicular y frecuentemente no se identifica durante la cirugía sino hasta el reporte histopatológico que en su mayoría es de adenoma mucinoso, su manejo adecuado es apendicectomía, sin embargo siempre que se encuentre un mucocelo se deben buscar tumoraciones colónicas asociadas y de ser posible estudio transoperatorio que podría indicar cirugía ampliada.

009 TC-149

TUMOR QUÍSTICO GIGANTE DISECANTE DE LA FOSITA PERITONEAL SIGMOIDEA

Riancho GJA, Karam KR, Esparza J
Hospital Ángeles del Pedregal.

Resumen: Se trata de femenino de 44 años, quien fue sometida a histerectomía con salpingooforectomía derecha en octubre de 2002. Actualmente acude por presentar dolor en el ángulo izquierdo de la cicatriz quirúrgica. A la exploración física identificamos defecto herniario postincisional, pero también evidenciamos una masa ocupativa pelvico-abdominal. Realizamos TAC demostrándose masa quística gigante ocupando la corredera parietocólica izquierda, desplazando los órganos intraabdominales hacia la derecha. Se somete a exploración quirúrgica y diagnosticamos tumoración quística dependiente de anexo único derecho (fimbria) que abarca desde la cavidad pélvica hasta el polo inferior del bazo ocupando y deformando la fosita sigmoidea peritoneal. Se envían estudios histopatológicos y citológicos así como parte del quiste a estudio histopatológico. No se reseca la totalidad del quiste debido a sus firmes adherencias al mesocolon, por lo que se deja drenado externamente 8 días sin evidencia de formación de líquido, y hasta la fecha sin evidencia de recurrencia del quiste. Patología informa que se trata de quiste verdadero probablemente secundario a la presencia de cuerpo extraño (sutura) en el anexo único izquierdo. Comentario. Se trata de un caso aislado dada la localización de la tumoración así como la dirección y estructuras que abordó así como su rápido crecimiento.

010 TC-158

ENDOMETRIOMA EN CICATRIZ QUIRÚRGICA

Paez MM, Medina GJC, Garrera G
Servicio de Cirugía General, Hospital "Dr. Julián Villarreal", Instituto de Salud del Estado De Mexico, ISEM Texcoco México.

Antecedentes: Endometrioma se define como el tejido funcionante de endometrio fuera del útero. La presencia de endometriomas en/ alrededor de cicatrices de cesárea ha sido establecido claramente en la literatura de ginecología y obstetricia informando incidencia de 0.03 a 0.4 por ciento. La enfermedad se presenta como una masa dolorosa o semejar otra lesión como hernias, hematomas, granulomas, abscesos o metástasis. **Objetivo:** Presentación de dos casos. Femenino de 37 años, con ago: g: 3 p: 2 c: 1 de hace 19 años con otb. Evolución de 3 años con una masa de crecimiento lento localizada en hipogastrio cerca de cicatriz quirúrgica, dolor punzante moderado, relacionado con la menstruación. Exploración física, cicatriz quirúrgica pñansstiel con masa de 5 cm de diámetro, indurada, fija, dolorosa. Usg Doppler color, reporta probable saco herniario vs endometrioma. Femenino de 39 años, con ago: g: 2 p: 1 c: 1 de hace 11 años diu por 4 años. Evolución de 2 años, con aparición masa en región inguinal derecha sobre cicatriz quirúrgica, dolor leve a la deambulacion, exacerbación con ciclo menstrual. Exploración física, cicatriz pñansstiel con masa en fosa ilíaca derecha de 10 cm diámetro, dolorosa, no reductible. Usg lesión focal heterogénea con necrosis. Se realiza procedimiento quirúrgico con diagnóstico preoperatorio de probable granuloma vs endometrioma. Reporte histopatológico de endometrioma. Seguimiento de 3 años y un año respectivamente sin recidiva. **Conclusiones:** El diagnóstico raramente se establece antes de la cirugía, pero se sospecha en mujeres que tienen historia de masa asociada con dolor cíclico. La excisión quirúrgica es el método de elección para diagnosticar y tratar la lesión.

011 TC-180

APENDICITIS IZQUIERDA ASOCIADA A EMBARAZO Y SITUS INVERSUS COMPLETO

López MJA, Palacio VF, Delgado CMM, Granja PE, Castro MA, García AL
Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", ISSSTE.

Antecedentes: El apéndice cecal izquierda es una patología congénita poco común que generalmente se diagnostica al presentar cuadro de apendicitis aguda, aún más raro es encontrarla asociada a embarazo y situs inversus completo. **Objetivo:** Presentar caso de paciente cuadro de apendicitis aguda izquierda con asociación a anatomía anómala de situs inversus completo y estado fisiológico de embarazo. **Caso clínico:** Paciente femenino de 35 años con antecedente de GIII, PII y embarazo de 30 sdg por FUM, que acudió por cuadro doloroso abdominal en flanco izquierdo de 24 hrs. de evolución tipo cólico, constante que progresó a la incapacidad y se acompañó de náusea, vómito gástrico, hiporexia y malestar general. A la exploración física presentó signos vitales normales, abdomen con FU de 26 cm con PUVI, PC, DD, SL, FCF 140x", peristalsis ausente, resistencia muscular involuntaria, doloroso en flanco izquierdo, con datos de irritación peritoneal, Von Blummer positivo, Murphy negativo y maniobras apendiculares negativas. Estudios radiológicos presentaron situs inversus completo con dextrocardia, hígado izquierdo, estómago derecho e imagen de vidrio desdoblado en flanco izquierdo. Se decide cirugía encontrándose apendicitis izquierda en fase II, útero gestante sin alteraciones y verificándose hallazgos radiológicos antes mencionados; se realiza apendicectomía tipo Halsted y se finaliza sin complicaciones. La paciente es tratada con antibiótico y analgésico presentando buena evolución postoperatoria tolerando vía oral a las 24 hrs. y egresando al segundo día. **Conclusión:** La apendicitis izquierda es un cuadro de abdomen agudo poco común y más raro aún asociada a embarazo y situs inversus completo.

012 TC-211

QUISTE MESENTÉRICO. REPORTE DE UN CASO

Castañeda OE, Avena AOV, Romero HT, Blanco BR, Catrip TJ
Servicio de Cirugía Gastrointestinal, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS, México D.F.

Antecedentes: Los quistes mesentéricos son poco habituales y se consideran tumores benignos. Su incidencia varía según el grupo de edad. Pueden presentarse desde duodeno hasta recto con extensión a mesenterio o retroperitoneo. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. **Caso clínico:** Se trata de paciente femenino de 54 años de edad que ingresa por cuadro de coledoclitiasis y con hallazgo incidental durante su estudio de tumor quístico en abdomen. Inició con dolor tipo cólico en forma intermitente localizado en abdomen superior derecho, acompañado de flatulencias e hiporexia. También cursó con cambios en la mecánica evacuatoria manifestado por periodos de estreñimiento. A la exploración física el abdomen fue blando, depresible sin palpar la presencia de tumor. Los exámenes de laboratorio reportaron sólo hipercolesterolemia, el resto fueron normales. Se realizó ultrasonido abdominal que reportó coledoclitiasis sin datos de agudización y evidencia de tumor quístico de 110 mm x 650 mm. La tomografía computada de abdomen confirmó el hallazgo ultrasonográfico. Se realizó colecistectomía y se reseco un tumor quístico dependiente de mesenterio y con extensión a retroperitoneo de 14 cm x 14 cm. Durante el postoperatorio la paciente cursó con buena evolución. El reporte histopatológico fue de quiste entérico benigno. **Conclusión:** El quiste mesentérico es una entidad poco común en adultos en comparación a una incidencia mayor en la población infantil. Pueden ser asintomáticos o llegar a producir un cuadro de abdomen agudo. Se clasifican de acuerdo a su patrón histológico y la resección quirúrgica es el tratamiento de elección cuando es sintomático.

013 TC-235

ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A DIVERTICULITIS YEYUNAL

Sánchez-Pérez MA, Muñoz-Juárez M, Luque-de León E, Moreno-Paquentin E, Sanatana-Dávila R.

La diverticulitis yeyunoileal es una entidad inusual que se presenta en adultos. Generalmente es asintomática, pero puede ocasionar síndromes clínicos agudos o crónicos. Presentamos un caso de abdomen agudo secundario a diverticulitis yeyunal. Masculino de 64 años con dolor abdominal, obstipación e hiporexia de 10 horas de evolución. Al examen físico se encontró febril, con datos de peritonitis localizada en flanco izquierdo. Las radiografías de abdomen mostraron niveles hidroaéreos en hemiabdomen superior. La tomografía abdominal mostró cambios inflamatorios en pared y periferia de un segmento de yeyuno proximal. Se realizó el diagnóstico de enteritis isquémica vs enteritis infecciosa con peritonitis secundaria, y el paciente fue llevado a quirófano. Se encontró una diverticulitis yeyunal a 35 cm del ángulo de Treitz realizándose resección intestinal y anastomosis primaria. En el postoperatorio, el paciente presentó infección de la herida quirúrgica y fue egresado al sexto día postoperatorio. Los divertículos yeyunales se encuentran hasta en 4.6% de la población adulta. Pueden coexistir con divertículos de colon, duodeno, esófago y estómago. Los pacientes con diverticulosis yeyunal sintomáticos presentan síndromes crónicos caracterizados por dolor abdominal inespecífico, esteatorrea, malabsorción y anemia. El 10% presenta síndromes agudos caracterizados por hemorragia, inflamación diverticular, obstrucción intestinal y perforación. El tratamiento quirúrgico de las complicaciones agudas incluye la resección del segmento afectado y anastomosis primaria. El hallazgo incidental de diverticulosis yeyunoileal no complicada, no justifica una resección intestinal profiláctica. En casos selectos de diverticulitis sin perforación, el tratamiento puede ser médico, con reposo intestinal, antibióticos de amplio espectro y vigilancia estrecha.

014 TC-244

CISTADENOMA MUCINOSO GIGANTE DEL APÉNDICE CECAL

Reyes BRH, Ortega PEJ, Quintana HC

El cistadenoma mucinoso se presenta entre el 0.1 al 0.2% de los apéndices cecales extirpados y en el 20% de los casos se asocia a otra neoplasia del tubo digestivo. El objetivo del reporte es dar a conocer el caso clínico y el manejo. Masculino de la quinta década de la vida que ingresa a hospital con cuadro de abdomen agudo e hipotensión de inicio súbito sin otros antecedentes de importancia. Usg con líquido libre abundante, laboratorio con anemia leve. Se realiza laparotomía exploradora encontrando hemoperitoneo de aprox. 2,000 cc a expensas de desgarro de mesocolon transverso. Tumoración de aprox. 25 x 30 cm de forma ovoidea a expensas de apéndice cecal, sin delimitar con exactitud el inicio del colon derecho. Se realiza ligadura de vasos sangrantes y hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis mediante engrapadoras mecánicas. Sin evidencia de otra lesión maligna del tubo digestivo. El reporte de patología demuestra un cistadenoma mucinoso gigante de apéndice cecal sin actividad maligna. El adenocarcinoma mucoproducente es un diagnóstico anatomopatológico más frecuente que el cistadenoma mucinoso y el dolor abdominal es el síntoma más frecuente de la patología tumoral apendicular. El manejo va desde apendicectomía simple a hemicolectomía.

015 TC-270

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE URGENCIA EN ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA

Toledo R, Alcudia, Amante, De la Rosa C, Montalvo E, Rosas M

Resumen: La perforación constituye una de las principales complicaciones de la enfermedad péptica ulcerosa y se reconoce con una frecuencia de 5-10%; localizándose principalmente en la cara anterior o anterosuperior del bulbo duodenal; es manifestado clínicamente por síndrome de abdomen agudo; se encuentra neumoperitoneo en el 66-75% de los casos. El tratamiento quirúrgico se realiza de urgencia después de un corto periodo de tiempo necesario para reani-

mar y estabilizar al paciente. Aún es controvertido el cierre simple de la úlcera con o sin parche de epiplón y la cirugía definitiva; se ha descrito que al efectuar el cierre de la úlcera con o sin parche de epiplón la recurrencia puede llegar a 60%. Presentamos cuatro casos, todos ellos del sexo masculino entre la tercera y quinta década de la vida, los cuales ingresaron al servicio de urgencias del hospital con síndrome doloroso abdominal, los cuatro casos con antecedente de enfermedad acidopéptica y uno de ellos con ingesta crónica de AINES; se solicitaron radiografías simples toracoabdominal, observando la presencia de aire libre subdiafragmático. Interviniéndose quirúrgicamente presentando como hallazgos perforación gástrica de 0.5 cm, la más pequeña y de 1 cm la más grande; en cara anterior cerca de la curvatura menor. Se realiza corte del borde de la úlcera; cierre simple de ésta y colocación de cuatro puntos totales sobre el cual se fija epiplón anudándose dicha sutura; presentando adecuada evolución postoperatoria y actualmente sin complicaciones, realizándose seguimiento para tratamiento definitivo.

016 TC-276

DIVERTICULITIS COMPLICADA, PRESENTACIÓN NO HABITUAL

López S, Pulido J

Hospital Metropolitano, SSA, Monterrey NL.

Se trata de paciente masculino de 30 años de edad taxista, con antecedente previo a iniciar su padecimiento actual una hernia inguinal derecha indirecta reductible de 4 años de evolución. Inicia su padecimiento 2 meses previo a su ingreso al H. Metropolitano al sufrir accidente automovilístico con trauma abdominal cerrado y con protusión de hernia inguinal encarcerándose, la cual es reparada por medio de plastia con cono de malla en otro Hospital de la ciudad. Posterior a su alta inicia con cuadros de dolor abdominal tipo cólico, intensos difusos más localizados hacia hemiabdomen derecho, así como aumento de volumen, se agregan pérdida de peso y cuadros de fiebre intermitente. Se valora a su llegada a urgencias y presenta una masa que abarca desde línea media a flanco izq y FII de aprox. 15 x 15 cm. Se solicita TAC y se aprecia plastrón que abarca dicha área y penetra a pared abdominal. Se ingresa con dx de diverticulitis complicada y se da manejo médico por una semana a base de metronidazol y ciprofloxacino con resolución de fiebre y ataque al estado general. Se realiza colon por enema donde no se observan divertículos. Se aborda por encima de plastrón y como hallazgo qx. se encuentra un plastrón que involucra de sigmoides, epiplón y asas de ileon, se reseca en bloque y se realiza EEATT de ileon y EEATT de colon, omentectomía parcial y apendicectomía, se lava cavidad y se cierra herida qx. Diagnóstico de patología: diverticulitis de sigmoides perforada.

017 TC-277

ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO, EMBARAZO EPIPLOICO SHOCK HIPOVOLÉMICO, HALLAZGOS PATOLOGÍA, GABINETE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ACTUALIZADA

Vargas GA, Juárez F, Flores A, Díaz S

HGR 1. Gabriel Mancera IMSS 3 SO DF.

Antecedentes: Escaso # reportes embarazo abdominal quirúrgico. Tx actual de elección laparoscopia. La clínica mejor forma Dx. Objetivos: Dar a conocer caso inédito. Revisión actualizada. **Caso clínico:** Fem 28 a, abdomen agudo, embarazo tubarico previo, Pie +, shock clínico, USG embarazo tubarico. Hemoperitoneo grave, embarazo macroscópico epiplóico, omentectomía parcial, lavado cavidad. (Fotografías macroscópicas intraoperatorias de saco gestacional y cavidad peritoneal abierta). Patología: Velloidades coriónicas + adipocitos, sinciotrofoblasto. (Fotografías microscópicas de laminillas). Evolución post Qx favorable. Revisión bibliográfica actualizada de revistas de prestigio (13 artículos seleccionados: Clínica, diagnóstico clínico, gabinete, laparoscopia, Cirugía abierta, mortalidad). Nuevas formas de tratamiento conservador eficaces. Proyección al futuro. Mostrar las implicancias en la morbimortalidad quirúrgica.

018 TC-280

INCIDENCIA DE OSTOMÍAS EN UNIDADES DE 2º NIVEL EN LA CIUDAD DE ZIHUATANEJO, GRO.Velázquez CJ, Olvera OM
H.G.Z. 8 I.M.S.S. Hospital Regional de Zihuatanejo, S.S.A.

Resumen: Las ostomías son comunicaciones artificiales quirúrgicas entre 2 órganos o una víscera y la piel. Estos procedimientos han disminuido en los últimos años por lo que se ha minimizado su importancia. En el presente estudio conoceremos la incidencia de las ostomías en las unidades de segundo nivel de esta ciudad. Se efectuó un estudio prospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes intervenidos para la formación de un estoma del 1º de julio del 2002 al 30 de junio del 2003 con revisión retrospectiva del 1º de julio del 2000 al 30 de junio del 2002 en las unidades de segundo nivel de la localidad, identificando las siguientes variables: sexo, edad, órgano involucrado en la ostomía, tiempo de permanencia y etiología. En el lapso de los 3 años revisados se efectuaron 2,742 cirugías por el servicio de Cirugía General, de las cuales 37 (1.3%) correspondieron a ostomías. Con relación al sexo, encontramos 29 pacientes masculinos (78.3%) por 8 femeninos (21.6%) con una edad promedio de 60.4 años (rango 11 a 88 años). Predominaron las ostomías digestivas con 20 pacientes (54.1%) sobre las urinarias con 14 pacientes (37.8%) y las respiratorias con 3 pacientes (8.1%), siendo las más frecuentes las temporales con 24 pacientes (64.8%) que las permanentes con 13 pacientes (35.1%). Las etiologías más frecuentes fueron por causa urológica en 13 pacientes (35.1%). Trauma en 11 pacientes (29.7%) y cáncer en 5 pacientes (13.5%). Por lo anterior, concluimos que las ostomías se presentaron como el 1.3 % de las cirugías efectuadas, afectando los sistemas **digestivo, urinario y respiratorio por lo que su adiestramiento en** cuanto a indicaciones, cuidados y complicaciones debe contemplarse como necesidad en la educación continua del personal médico y paramédico.

019 TC-282

BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE GASTROPLASTÍA VERTICAL Y REBOTE A LOS 9 AÑOSMontoya RJ, Lozano DG, Alvarez CR, Oviedo MV, Gilortiz MR, Aragón VE
Hospital Médica Sur, México D.F.

Se trata de paciente femenina de 46 años de edad con antecedentes de obesidad severa, talla 1.60 m y peso de 120 kg, con IMC de 40, a quien se le realizó una gastroplastía vertical hace 9 años logrando éxito por una disminución de peso de 40 kg en tres años, posteriormente continúa sin control en alimentación, sin seguimiento médico ni asistencia dietológica la paciente presenta nuevamente un aumento de peso importante 125 kg, talla de 1.60 m, un IMC 42, además de hipertensión arterial sistémica manejada con betabloqueador y diuréticos, actualmente bajo control, a la paciente se le realiza una SEG D demostrando que el reservorio gástrico tiene una capacidad aproximada de 700 cc, la paciente ingiere alimento de manera normal sin restricción causa de su incremento de peso motivo por el cual se le propone la colocación de una banda gástrica ajustable e iniciar integración a un grupo de apoyo para la obesidad «Nueva Vida», la cirugía se realiza el pasado junio del 2003 llevando a cabo el procedimiento quirúrgico con cirugía abierta, logrando éxito a la colocación, y dejando un reservorio gástrico de aproximadamente 30 cc, además de iniciar a la paciente a las sesiones del grupo de apoyo «Nueva Vida», se calibró la banda dejando 1.5 cc de solución suficiente para que únicamente ingiera líquidos y papillas, durante el primer mes la paciente ha disminuido 10 kg. En la cirugía de obesidad no existe éxito en ningún procedimiento si el paciente no cambia sus hábitos de alimentación e inicia un programa de ejercicio que mejore su calidad de vida, el fracaso de la cirugía de obesidad está en pensar que con la cirugía se curan a estos enfermos.

020 TC-284

DIVERTICULITIS COMPLICADA DE MECKEL EN ADULTOSLópez S, Delgado CC
Hospital Metropolitano, SSA Monterrey NL.

Se trata de dos casos de pacientes femeninos de la 4ta y 6ta década de la vida, quienes ingresan en fechas distintas con cuadros de abdomen agudo de varios días de evolución, en los cuales se tiene como diagnóstico prequirúrgico de apendicitis complicada. Ambas con leucocitosis y con datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Sólo en la primera palpándose un plastrón en fosa iliaca derecha. Se pasan a quirófano y los hallazgos quirúrgicos son un divertículo de Meckel a 40 cm de la válvula ileocecal de base amplia, perforado y sellado en FID con plastrón importante, y el otro un divertículo grande en forma de quiste, torcido a 90 cm de la válvula ileocecal. En ambos casos se realiza resección intestinal y EEATT, apendicectomía, lavado de cavidad (sólo en la segunda existía líquido purulento en cavidad) se cierra herida en ambas y se dan de alta al 8vo. día de EIH sin complicaciones postoperatorias.

021 TC-287

CASO REPORTE DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO SECUNDARIO A DIVERTICULOSIS YEYUNALSuárez FD, Muñoz LG, Jiménez HA
Hospital de Especialidades CMN, León IMSS.

Introducción: La frecuencia de divertículos de yeyuno e ileon es entre 0.5 y 1% en exámenes radiológicos. La presentación clínica más habitual es dolor abdominal (49%), y/o hemorragia digestiva recurrente (29%). Reporte del caso: Masculino de 18 años con melena y hematoquecia intermitente desde la infancia, estudiado con endoscopia alta, y rectosigmoidoscopia, sin identificación del sitio anatómico del sangrado. Durante un internamiento por sangrado intestinal se solicita angiografía, pero por choque hipovolémico, es sometido a cirugía, con endoscopia transoperatoria. Con hallazgo de divertículos en yeyuno, se reseca 65 cm de intestino con enteroenteroanastomosis. El reporte histopatológico reportó diverticulosis y enteritis isquémica yeyunal. **Discusión:** El estudio de una hemorragia digestiva recurrente incluye gastroscopia, si es normal, se realiza colonoscopia. Si las lesiones no se detectan en la primera gastroscopia, se propugna una segunda gastroscopia intentando visualizar duodeno y, yeyuno proximal. Si ambos estudios son normales, se realiza un estudio baritado de intestino delgado. Sin embargo hoy en día ésta es una práctica controvertida por el bajo rendimiento diagnóstico. Por lo anterior algunos autores recomiendan pasar directamente a una enteroscopia alta y una ileoscopia profunda con el enteroscopio. Se ha desarrollado una técnica endoscópica que permite la visualización no invasiva de la totalidad del intestino delgado, y consiste en la ingesta de una cápsula de 30 x 11 mm.

De no localizarse la hemorragia debe realizarse una arteriografía, y un estudio gammagráfico. Como último recurso diagnóstico y terapéutico, es la realización de una laparotomía con o sin enteroscopia intraoperatoria.

022 TC-292

DUPLICACIÓN DEL TRACTO ALIMENTARIO. CUANDO EL PATÓLOGO FALLAGonzález MJL, Pérez ZG
Unidad de Cirugía Ambulatoria.

La duplicación del tracto alimenticio es rara, siendo el ileon el sitio más frecuente (50%), seguido por el mediastino, colon, recto, estómago, duodeno y cuello. Las duplicaciones intratorácicas y del intestino delgado son generalmente esféricas. Las duplicaciones colónicas son siempre longitudinales y tubulares. De manera característica las duplicaciones intraabdominales se localizan dentro del mesenterio y tienen una pared común con el intestino. Dos terceras partes de los pacientes son sintomáticos durante el primer año de

vida. Presuponen un origen de desarrollo congénito. El diagnóstico es transoperatorio generalmente. El tratamiento quirúrgico dependerá de su adhesión a órganos adyacentes y a su compromiso vascular. **Descripción del caso:** Femenina de 4 años de edad con antecedente de dolor abdominal crónico y constipación. Presenta cuadro agudo de 24 hrs. de evolución con: dolor severo en fosa ilíaca derecha. A la e.f.: abdomen plano, y en madera, doloroso en f.i.d., con datos francos de irritación peritoneal, peristalsis disminuida. Contaba con una bh normal, rx con presencia de dilatación de asas del delgado. Usg: pb quiste de ovario derecho. Se realizó lape reportando como hallazgos: tumoración quística paracecal adherida a ciego de 6 cm de diámetro con serosa necrosada en su cara posterior, apéndice cecal en fase hiperémica edematosa con natas de fibrina y líquido libre aprox. 100 cc. Se envía pieza quirúrgica a patología reportando divertículo de Meckel, sin embargo la revisión posterior de la laminilla confirmó el diagnóstico de duplicación intestinal.

023 TC-298

CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Silva-Ortiz J, Magaña-Sánchez IJ, Gallegos-Guatemala MA, García-Núñez LM, Rendón-Dosal H, Levy-Tajfeld S.

Antecedentes: La sobrevida del cáncer gástrico es de 5-15% a cinco años, debido a que son diagnosticados en etapas avanzadas, inclusive la recurrencia después de una gastrectomía «curativa» es del 80%. **Informe del caso:** Femenino, 56 años, con diagnóstico de cáncer gástrico antral, antecedentes de tabaquismo crónico intenso, A+, tratada desde 1998 como síndrome ulceroso, con biopsias previas como «Gastritis antral crónica folicular, con metaplasia intestinal parcial, asociada a *Helicobacter pylori*»; aumenta sintomatología, nueva endoscopia con toma de biopsias a ciegas reportando «Adenocarcinoma poco diferenciado, difuso, células en anillo de sello», se confirma el diagnóstico con nueva endoscopia 15 días después. Se realiza gastrectomía subtotal con linfadenectomía, niveles 1, 3 y 4, gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux. El reporte definitivo es de «Adenocarcinoma gástrico temprano, difuso, células en anillo de sello, poco diferenciado, de tercio inferior de estómago, 0.5 x 0.3 cm, infiltra submucosa sin rebasarla, sin infiltración vascular o linfática, bordes sin tumor. Epiplón sin neoplasia. Un ganglio retroperitoneal, 4 ganglios del tronco celiaco, 4 ganglios del ligamento hepatoduodenal, todos negativos. **Discusión:** La mayoría de pacientes con cáncer gástrico en México, presentan al momento del diagnóstico etapas clínicas avanzadas de la enfermedad. El patrón de recidiva establece la necesidad de terapia sistémica adyuvante. Es necesario desarrollar terapias que induzcan remisiones completas para progresar en el campo del tratamiento adyuvante. Los pacientes con cáncer gástrico temprano, tienen en general buen pronóstico a largo plazo, es de importancia aumentar el diagnóstico de esta enfermedad en etapas tempranas.

024 TC-312

FUNDUPLICATURA NISSEN EN SITUS INVERSUS ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO

Márquez A, Keller P, Fernández E, Ramírez E
Hospital Mocel, Ciudad de México, Grupo Ángeles.

Antecedentes: El situs inversus totalis se presenta en USA en el 0.01% de la población. A nivel mundial, el situs inversus abdominal se presenta en 1 de cada 10,000 nacidos vivos. En la literatura internacional se reporta con mayor frecuencia el diagnóstico de situs inversus abdominal en pacientes con colecistitis litiasica. **Objetivo:** Presentación de un caso de funduplicatura Nissen en situs inversus abdominal. **Informe del caso:** Paciente femenino de 48 años de edad, con antecedente de cateterismo cardiaco en noviembre de 2002 por dolor recurrente en hipocondrio izquierdo con irradiación al hombro ipsilateral, mismo que resultó negativo. Refiere pirosis de predominio nocturno de 4 meses de evolución, acompañada de reflujo, sensación de distensión abdominal. Se realizó SEG y panendoscopia

encontrando hernia hiatal gigante, esofagitis grado D y reflujo gastroesofágico. Fue manejada con omeprazol 40 mg al día, sin respuesta adecuada, por lo que se decidió someterla a tratamiento quirúrgico. **Resultados:** Intervenido quirúrgicamente, encontrando como hallazgos periesofagitis, situs inversus abdominal y vesícula biliar del lado izquierdo, distendida, con proceso inflamatorio crónico, múltiples adherencias y litos en su interior. Se realizó funduplicatura Nissen y colecistectomía abiertas. Al tercer día de estancia hospitalaria, se realizó trago con material hidrosoluble y Rx de tórax, confirmando el diagnóstico de situs inversus incompleto o abdominal. Su evolución fue satisfactoria. Conclusiones: Una de las dificultades que presenta esta anomalía es el error diagnóstico en cuadros abdominales dolorosos. Resulta muy importante confirmar los diagnósticos clínicos con estudios de imagen que permiten al médico identificar preoperatoriamente la presencia de imagen en espejo abdominal. El reconocimiento del situs inversus abdominal es importante para prevenir accidentes quirúrgicos resultantes de la falla en reconocer la anatomía inversa en una presentación atípica. Por ejemplo, en un paciente con situs inversus abdominal, una colecistitis típica ocasiona dolor en el cuadrante superior izquierdo, y una apendicitis puede provocar dolor en el cuadrante inferior izquierdo. Un traumatismo en un paciente con evidencia de trauma externo sobre la 9ª a 11ª costilla del lado derecho corre el riesgo de presentar daño esplénico.

025 TC-323

DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO PERSISTENTE POSTCOLECISTECTOMÍA

Ocampo DR
Clínica Borda, S.A. de C.V. Cuernavaca, Mr.

Historia del caso: Antecedentes heredo-familiares: Padre muerto por ca hepática, madre muerta por accidente vascular cerebral; 2 hermanos sanos. Antecedentes personales patológicos: Originaria de Tapa-chula Chis. con antecedentes de importancia de padecer 20 años reflujo gastroesofágico así como dolor en el csd. Que culminó hace trece años con cirugía abierta de colecistectomía y plastia hiatal con técnica antirreflujo Nissen; por hernia hiatal con esofagitis péptica sin esfago de Barrett. Evolución clínica: Al sexto año de intervenida quirúrgicamente inicia dolor en csd con molestias leves a la ingesta de colecistoquinéticos durando así 6 años. Hasta en el 2002, presenta un cólico severo que la llevó a hospitalizarse por dicho cuadro. Fue vista por un sinfín de cirujanos en la cd. de México por el mismo problema. Fue manejada con inhibidores de bomba, sin mejoría. Se efectuaron 5 ecos de csd únicamente con dilatación de la vía biliar principal sin litos. En su quinto internamiento, acude con nosotros a la ciudad de Cuernavaca Mor. donde procedemos a realizar una endoscopia dando tratamiento por el reporte de gastritis aguda con inhibidores de bomba sin mejoría. No se observa patología por endoscopia por la técnica de Nissen. Panendoscopia (vídeo). Evolución: En vista de continuar con dolor severo se procede a efectuar un ultrasonido de csd y tac abdominal. **Resultados:** Eco únicamente dilatación coledociana sin litos apreciables. Tac: dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas sin presencia de tumoraciones biliodigestivas y pancreáticas. No se observan litos en la vía biliar principal, pero sí, dilatación. Se envía colangiografía transduodenoscópica y dependiendo de los hallazgos decidir conducta. Cpre (imagen). Esfinterotomía (vídeo). Cpre post esfinterotomía (imagen). **Conclusiones:** Obstrucción coledociana por barro biliar tumefacto como causa de dolor persistente de csd postcolecistectomía de 13 años de evolución. El barro biliar tumefacto puede no identificarse como defectos en la repleción en técnicas radiológicas contrastadas del árbol biliar e igualmente, escapar a la identificación ultrasonográfica.

026 TC-324

UTILIDAD DE LAS PLACAS SIMPLES DE ABDOMEN EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA

Vázquez GA, Figueroa AS, Maza SR, Uriostegui NA, Norman SH
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE.

Antecedentes: La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica más común, históricamente se diagnostica por historia clínica, laboratorio y datos radiográficos. Existe 20% de pacientes con apendicitis que no son diagnosticados oportunamente, por otro lado, 15% a 40% de los pacientes que son sometidos a apendicectomía pueden ser apéndices normales. Apendicectomías innecesarias y el diagnóstico retardado se asocian con un aumento de la morbilidad. El score de Alvarado consiste en un sistema de puntuación de 10 puntos para el diagnóstico de apendicitis, basado en signos, síntomas y conteo leucocitario. Otro auxiliar diagnóstico que no siempre confirma el diagnóstico de apendicitis son las radiografías simples de abdomen. En la mayoría de los hospitales del país se solicitan de manera inicial y rutinaria placas radiográficas y éstas dan datos que son indirectos e inespecíficos para el diagnóstico de esta patología. Se hizo una evaluación clínica para el diagnóstico de apendicitis y se determinó la utilidad de las placas simples de abdomen en el diagnóstico de apendicitis aguda. **Objetivo:** Determinar la utilidad de las placas radiográficas simples de abdomen y confirmar la superioridad del diagnóstico clínico. **Material y métodos:** Se realizó análisis de pacientes con diagnóstico de apendicitis durante el periodo de enero del año 2000 a enero del año 2003 recabando datos de expedientes clínicos, sexo, edad, criterios de Alvarado (dolor migratorio, anorexia, náuseas, vómito, dolor en fosa ilíaca derecha, rebote, fiebre mayor de 37.7 y leucocitosis), datos radiológicos (ileo segmentario y difuso, fecalito, borramiento del psoas, escoliosis antiálgica, borramiento de articulación sacroiliaca, aumento de grasa preperitoneal y colección en cuadrante inferior derecho). **Resultados:** Se analizaron un total de 275 pacientes con diagnóstico de apendicitis, de los cuales 177 pacientes son femeninos y 98 pacientes masculinos. El 43.44% de los pacientes presentaron puntuación de Alvarado de 9; 40.98% puntuación de 8 y 7.37% puntuación de 10. De los criterios radiográficos 48.36% tuvieron 3 criterios, 21.31% 4 criterios y 18.85% 2 criterios. **Conclusión:** Las placas simples de abdomen son poco específicas y de mínima utilidad para el diagnóstico de apendicitis. Los datos clínicos tienen superioridad diagnóstica para la apendicitis.

027 TC-327

LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN HEMATOMAS DE PARED ABDOMINAL. REPORTE DE 4 CASOS

Rojano ME, Mucio M, Palacios JA, Alvarado HA, Pereira FE, Magos F.
Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S. y Hospital Médica Sur.

Antecedentes: El hematoma de la pared abdominal de los músculos rectos es considerada una causa poco común de dolor abdominal. Generalmente se debe a ruptura de vasos epigástricos y su manifestación clínica es de dolor abdominal súbito e intenso y masa palpable en abdomen. Existen varios métodos diagnósticos pero no todos son accesibles en caso de urgencia. Se presentan cuatro casos manejados en el servicio de cirugía endoscópica. **Casos clínicos:** Paciente 1, Femenino de 55 años, obesa, fumadora, tosedora crónica, hipertensión arterial y artritis reumatoide, con cuadro de dolor abdominal en cuadrante inferior y flanco derecho. Paciente 2: Femenino de 52 años con antecedente de tabaquismo, dermolipectomía reciente, con cuadro de dolor abdominal en cuadrante inferior derecho y flanco derecho. Paciente 3: Femenino de 16 años con cuadro de dolor abdominal intenso, súbito, presentándose en el área de recuperación posterior a laparoscopia diagnóstica por problema ovárico. Paciente 4: Masculino de 18 años que sufrió caída y traumatismo directo con los manubrios de bicicleta refiriendo dolor intenso en mesogastrio, flanco y cuadrante inferior izquierdo, con áreas de equimosis en pared abdominal. Se realizaron estudios radiológicos no concluyentes y fueron sometidos a laparoscopia diagnóstica permitiendo realizar un diagnóstico preciso. Ninguno de ellos ameritó tratamiento quirúrgico agregado y fueron egresados sin complicaciones con evolución satisfactoria. Conclusiones: La laparoscopia diagnóstica es un procedimiento que nos permite corroborar diagnósticos con gran certeza, tomando cada vez más valor en todas las causas de dolor abdominal agudo.

BAZO

028 TC-073

ESPLENOMEGALIA GIGANTE POR LEUCEMIA GRANULOCÍTICA CRÓNICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Olivares BJJ, Alemán SJA, Rodríguez HNR, Camacho PC, Farías L, Espinoza HD, López GR
Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Servicio de Cirugía General. Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: En LGC un mínimo porcentaje de pacientes desarrollan hipersplenismo o esplenomegalia masiva, pueden mejorar con esplenectomía. La mortalidad operatoria es: 10-15%, generalmente ocasionada por hemorragia trombocitopénica. Los beneficios de la esplenectomía son limitados ya que no prolonga la supervivencia ni retarda el progreso de la fase crónica a la blástica. **Objetivo:** Presentación de un caso. **Informe del caso:** Masculino, 29 años, casado, comerciante. **Antecedentes:** Etilismo desde los 15 años. Amigdalectomía y resección de tumoración tercio posterior lingual a los 12 y 15 años. Gastritis crónica, tratamiento: omeprazol. Inicia padecimiento en mayo 1999, dolor abdominal difuso, masa en hipocondrio izquierdo, pérdida de peso aprox. 10 kg, astenia y adinamia. Hematología concluye diagnóstico: LGC, se realiza trasplante de médula ósea en agosto del 2002. Ecosonográficamente se detecta esplenomegalia: imágenes compatibles a infiltración neoplásica. Trombocitopenia de 15,000. Se somete a esplenectomía en noviembre 2002. **Resultados:** Bazo gigante rebasando cicatriz umbilical, peso: 6.7 kg, zonas de infarto; al corte, parénquima rojo vinoso, espacios negruzcos y bien delimitados, de manera difusa. Histopatológico: esplenomegalia gigante resultado de infiltración difusa por elementos inmaduros por abundantes blastos de leucemia mieloide; congestión difusa y multiinfartos esplénicos. Paciente con evolución postquirúrgica tórpida, complicaciones nutricionales importantes, dehiscencia de herida quirúrgica, reintervención cierre de pared, posteriormente sangrado tubo digestivo alto, tromboembolia pulmonar, choque hipovolémico y muerte. **Conclusiones:** La esplenectomía se indica con objeto de eliminar el foco de producción de células leucémicas cuando se planea trasplante de médula ósea y puede tener valor temporario en pacientes con esplenomegalias masivas muy sintomáticas.

029 TC-078

SANGRADO VARICEAL E HIPERTENSIÓN PORTAL SEGMENTARIA ASOCIADOS A TROMBOSIS DE LA VENA ESPLÉNICA

Moyeda BR, Sarmiento HO, Rodríguez OM, Gutiérrez GG, Sastré LM, Ortega AI, Priego CMA, Zavala SR
Hospital Regional Monterrey del ISSSTE.

Introducción: La hipertensión portal tiene un alto impacto epidemiológico, en México es una de las tres primeras causas de hemorragia del tubo digestivo proximal, y su etiología más frecuente es la presencia de hepatopatía crónica del tipo de la cirrosis hepática, sin embargo la hipertensión portal no cirrótica representa un grupo de condiciones relativamente raras. **Objetivo:** Presentación de caso clínico de sangrado variceal secundario a hipertensión portal segmentaria, complicación poco frecuente de episodio previo de pancreatitis aguda, compartiendo el reto diagnóstico y terapéutico. Presentación del caso: Mujer de 41 años, con antecedente de ataque agudo de pancreatitis un año atrás, se presenta en urgencias con hematemesis masiva. Datos negativos relevantes: ausencia de enfermedades cronicodegenerativas, dislipidemias y alcoholismo. Examen físico presenta notable esplenomegalia sin ascitis, esclera pálida no icterica. La endoscopia demostró presencia de várices prominentes en fondo gástrico. La tomografía computada simple que sólo evidenció la presencia de esplenomegalia, procediendo con ultrasonido abdominal con determinación de flujo arterial y venoso que fue reportado como normal. Se realizó esplenopografía selectiva, evidenció ausencia de llenado de vena esplénica. La laparotomía fue programada realizando esplenectomía y pancreatocistomía distal. El patólogo reportó fibrosis pancreática y congestión esplénica. No ha presentado nuevos episodios de sangrado durante su segui-

miento. **Conclusión:** Se debe tener alto grado de sospecha de trombo-
sis de la vena esplénica en pacientes con sangrado de várices en tubo
digestivo alto en ausencia de datos de enfermedad hepática.

030 TC-115

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ABORDAJE LATERAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Fernández AJ, Mier OJM, Baqueiro CA, Gómez LJM, Dorantes LM
Hospital Español de México.

Resumen: Se presenta el caso de un paciente portador de púrpura
trombocitopénica ideopática, que es sometido a esplenectomía la-
paroscópica con un abordaje lateral, se comparan las ventajas de
este con el tipo de abordaje anterior.

031 TC-129

ABSCESO ESPLÉNICO, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Servín TE, Ballesteros OR, Ortiz CGG
Servicio de Cirugía General. Hospital General de Zona No 27. Tlate-
lco. IMSS México DF.

Antecedentes: El absceso esplénico es una enfermedad que fue
originalmente descrita por Hipócrates, entidad rara, con una inci-
dencia en autopsia de 0.014. Son factores predisponentes: septicemia,
endocarditis, trauma abdominal, diabetes mellitus, inmunosupresión,
enfermedades mieloproliferativas, hemoglobinopatías e infeccin
contigua. El tratamiento médico del absceso esplénico es
insuficiente, sin tratamiento tiene una mortalidad del 100% y la so-
brevida con tratamiento quirúrgico es de un 85%. El drenaje percu-
táneo guiado por US, se ha convertido en una alternativa para el
manejo de casos seleccionados, sin embargo, la esplenectomía per-
manece como el estándar en el tratamiento. **Caso:** Masculino de 79
años, que ingresa a la unidad con el diagnóstico de fiebre en estu-
dio, inicia su PA 5 meses previos a su ingreso con fiebre sin predo-
minio de horario, acude al servicio de Urgencias por presentar dolor
abdominal punzante localizado en epigastrio, acompañado de náusea
y vómito de contenido gástrico. A la EF SV TA 110-70 mmHg, FC
80x', temp. 38.8 °C, FR 16x'. Consciente, orientado. Campos pulmo-
nares con hipoventilación basal izquierda. Abdomen doloroso a la
palpación media en epigastrio, sin datos de irritación peritoneal. Es
sometido a intervención quirúrgica, realizando esplenectomía, como
hallazgos se encuentran un bazo de 30 x 20 x 20 cm, con aproxima-
damente 700 ml de material purulento en su interior de color verdo-
so, fétido, con adherencias firmes y plastrón de epiplón. **Conclu-
sión:** El absceso esplénico es una entidad rara, reportada con poca
frecuencia, pero debe ser tomada en cuenta en el diagnóstico dife-
rencial de la fiebre en estudio, el cuadro clínico es inespecífico y el
estudio de elección es el US y/o TAC. El tratamiento es quirúrgico,
siendo el estándar la esplenectomía con excelentes resultados.

032 TC-249

ESPLENOMEGALIA GIGANTE POR LEUCEMIA GRANULOCÍTICA CRÓNICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Salas GA, Hernández RF, Guerrero RA, Rascón OP, Romero RH,
Marquina RME, Rovelo LJE, Miranda FP
Hospital Juárez de México. Médicos residentes de Cirugía General.
Médicos adscritos del Servicio de Cirugía General.

Introducción: La esplenectomía es el tratamiento en dos patologías:
Hematológicas y traumáticas. En leucemias crónicas, se indica en
fase de remisión o en crisis blástica, la extirpación de bazos gigantes
retarda las crisis blásticas, disminuye el hiperesplenismo y compresión
de órganos adyacentes. **Objetivo:** Presentar caso de esplenomegalia
gigante en leucemia granulocítica crónica. **Presentación del caso:**
Femenino, 52 años con diagnóstico de leucemia granulocítica crónica
que presenta dolor punzante, leve, en flanco e hipocondrio
izquierdos de 6 meses de evolución, acude con facultativo quien soli-

cita ultrasonido abdominal reportando esplenomegalia, el dolor conti-
nuó aumentando de intensidad, se solicita nuevo ultrasonido en el
que se observa esplenomegalia mayor en comparación con estudio
anterior. Presentando exacerbación del dolor, que se ha extendido en
forma paulatina hasta abarcar todo hemiabdomen derecho y aumenta
con la ingesta de alimentos, sin presentar datos de síndrome hemo-
rráptico. Abdomen globoso a expensas de aumento de volumen en
hemiabdomen izquierdo, con dolor a la palpación en dicha región,
esplenomegalia, matidez hasta dos centímetros por arriba de cresta
ilíaca, peristalsis ausente en hemiabdomen izquierdo. Ultrasonido: Es-
plenomegalia severa 20.6 x 15.8 x 87 cm, imagen sugestiva de he-
mangioma cavernoso. Ultrasonido: Esplenomegalia de etiología a de-
terminar 25.6 x 37.5 probable hemangioma. Resultados: Se realiza
esplenectomía, encontrándose bazo de 40 x 20 x 10 centímetros,
pesando 4.200 gramos y uno accesorio de 5 x 3 x 1 centímetros.
Posteriormente hematología inicia tratamiento con quimioterapia. **Con-
clusiones:** Los bazos gigantes que presentan pacientes con leuce-
mia granulocítica crónica pueden alcanzar proporciones muy gran-
des, siendo muy raro encontrar bazos mayores de cuatro kilos, provo-
cando manifestaciones clínicas por compresión a órganos vecinos.

033 TC-264

ESPLENORRAFIA EN TRAUMA ABDOMINAL "COMO LO HAGO YO"

Reynaga-Morelos D, García-Cruz R, Bravo-Zarza A, Almanza-Cruz
S, Gómez-Zaragoza JJ
Hospital de Traumatología "Lomas Verdes" IMSS. Naucalpan Edo. de
México.

Antecedentes: Con el término esplenorrafia se describen todas aque-
llas técnicas quirúrgicas tendientes a conseguir la hemostasia de una
superficie esplénica sangrante sin ningún tipo de resección. Es la solu-
ción quirúrgica más simple. **Objetivo:** Presentar detalles técnicos qui-
rúrgicos en nuestro centro de trauma. Técnica quirúrgica. Nos limita-
mos a esplenorrafias de las lesiones II, III y IV. Principios técnicos: La
incisión media es la de elección. Movilización esplénica: Para su co-
rrecta realización debe movilizarse el bazo hacia la línea media seccio-
nando el ligamento esplenorrenal que es el más importante, se cortan
el resto de ligamentos y se ligan en caso necesario, se coloca una o
dos compresas en espacio subdiafragmático en donde "descansa" el
bazo. Control vascular: Una oclusión con un clamp intestinal en región
del hilio permitirá disminuir el sangrado y se determinará la conducta a
seguir, realizamos entonces una "expresión" del bazo, dando como re-
sultado una superficie más fácil de suturar. Sutura quirúrgica: Es facti-
ble su sutura con total seguridad. Nosotros utilizamos catgut crómico
del 0 con aguja redonda atraumática, previamente se coloca el catgut
en solución salina 0.9% de 2 a 3 minutos, esto permite mejor mane-
jo de sutura y menos trauma al bazo. La sutura debe abarcar la totalidad
de la lesión. Técnica: Se utilizan puntos en colchonero o en "X". **Resul-
tados:** Esplenorrafias 59% de éxito en lesiones de tipo II, III y IV. **Con-
clusión:** La técnica quirúrgica se puede realizar en cualquier unidad
hospitalaria.

CABEZA Y CUELLO

034 TC-001

GLOMUS CAROTÍDEO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Vázquez FJA, Cisneros TE, Correa D, Fournier DFJ, Flores GAI,
García DI, Guerrero TA, Pantoja ME
Hospital General SSA Durango, Dgo.

Antecedentes: Los paragangliomas son tumores cuyas células se
derivan del sistema extraadrenal cromafín, existe controversia so-
bre su naturaleza maligna o benigna basándose en su ubicación
anatómica y su posible origen embrionario, evidencia histológica de
aberración celular, mitosis activa, invasión capsular o metástasis
ganglionar. La extirpación quirúrgica puede resultar en catástrofe si
no se encuentra familiarizado el cirujano con la anatomía regional.
Objetivo: Exponer un caso de glomus carotídeo. **Presentación del**

caso: Femenina de 45 años que acude a consulta por tumoración en cuello de 2 años de evolución, lado derecho, asintomática y escaso crecimiento, se encuentra dicha tumoración con poco movimiento. USG lesión hipoecoica de 33 x 32 x 31 mm inmediatamente arriba de bifurcación carotídea, sin adenomegalias. RMN muestra dicha tumoración sin infiltración vascular. Se realiza resección encontrando tumoración de aproximadamente 5 x 4 x 3 cm. Lado derecho, invasión a estructuras vecinas, con liberación adecuada de ambas carótidas y extracción completa de la tumoración. Su evolución postquirúrgica adecuada, con egreso hospitalario a las 24 hrs. El control por consulta externa sin complicaciones. Reporte de histopatología tumor del cuerpo carotídeo. **Resultados:** Se logró la extirpación sin complicaciones y curación total.

035 TC-017

TIROIDITIS DE HASHIMOTO UNINODULAR, REPORTE DE UN CASO

Aznar AJ, Vargas HJ, Ramírez OB, Ovando JE, Gómez CR, Aguilar MJ, Pazarán MC, Jaramillo AR, García NR, ZMA, Pantoja JA, González SP
Hospital General de Tlalnepantla Valle Ceylan ISEM.

Resumen: Femenino de 40 años de edad, dedicada al hogar, escolaridad primaria, lugar de nacimiento Tepeji del Río Hidalgo, casada, AHF madre finada por cáncer gástrico hace 4 años, padre finado por secuelas de alcoholismo hace 32 años; proviene de medio socioeconómico bajo, habitación urbana, físico deficiente, con hacinamiento, servicios básicos de urbanización, alimentación higiénica, adecuada, insuficiente, poco variada e incompleta, AGO: Menarca a los 9 años, ritmo irregular, eumenorreica, IVSA 8 años, NPS 6, G7, P4, A 1, C 2, FUP hace 13 años, sin método de PF, DOC 1 normal. Inicia su padecimiento 8 meses previos al presentar aumento de volumen a nivel de cara anterior de cuello con masa no dolorosa, fija, acompañándose de pérdida de peso de 10 kg aproximadamente, astenia, adinamia, somnolencia, intolerancia al frío. Exploración física: SV. TA 120/70 mmHg, FC 90x min, FR 18x min, T° 36°C. Buenas condiciones generales, buena hidratación, cráneo normal, exoftalmos, cuello con crecimientos anterolaterales correspondientes glándula tiroides lóbulo izquierdo de 4 x 2 cm, derecho de 2 x 1 cm; fijos, no dolorosos, bordes regulares, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, vibraciones vocales y murmullo vesicular normales, no estertores o frotos, área cardiaca sin patología, exploración ginecológica sin alteraciones. Laboratoriales Hb 13.5, hto 41%, leucocitos 5,400, TP 13" (100 %), TPT 33", plaquetas 243,000, grupo O +, Glucosa 89, urea 46, Cr 0.9.T-3 135, T-4 8.9, T-4L 1, TSH 3.7. Centelleografía lóbulo izquierdo está aumentado de tamaño y sus dos tercios inferiores están constituidos por tejido muy poco funcionante, forma esferoidal, USG de tiroides lóbulo izquierdo bordes bien limitados con presencia de imagen de bordes regulares hipoecoica, la cual mide 3.2 x 2.9 x 2 cm en sus ejes mayores, se aplica Doppler con aumento de vascularidad. Gammagrama tiroideo tiroides aumentada de tamaño de forma global con hipocaptación en lóbulo izquierdo. Tratamiento quirúrgico hemitiroidectomía izquierda con biopsia transoperatoria con resultados: nódulo de 30 gr, limitado aparentemente por cápsula blanquecina, con adherencias laxas mide 4.5 x 3 x 2.7 cm, negativo a malignidad. Evolución postoperatoria buena con alta al 2º día de postoperatorio en buenas condiciones generales con signos vitales normales. **Resultados:** Resultado histopatológico definitivo por cortes de parafina y tinción H-E tiroiditis de Hashimoto. **Conclusiones:** La tiroiditis linfocitaria crónica, también conocida como tiroiditis de Hashimoto es la forma más frecuente de enfermedad autoinmune de la glándula tiroides y está considerada como la primera causa de hipotiroidismo en las zonas geográficas donde el contenido de yodo en la dieta es apropiado

036 TC-022

BOCIO MULTINODULAR CON LIPOMA CERVICAL GIGANTE: REPORTE DE UN CASO

García LJ, Díaz J
Hospital del Pacífico.

Introducción: El bocio multinodular en Guerrero es endémico. Nosotros hemos observado pacientes seniles de la Costa Chica o de la región de la montaña, con bocios de tamaño considerable y que no aceptan, por un lado, el manejo por parte del médico y por el otro, tampoco aceptan el uso de sal yodada. Esto ha generado que durante más de 40 años de su vida, el crecimiento continuo de su glándula tiroides, sin que esto pareciera importarles mucho, ya que su senilidad asociada al gran crecimiento de su tiroides, significara mayor respeto por parte de su comunidad. En Guerrero, los ancianos con bocio endémico reciben el nombre de buchones o buchonas, según el sexo y son considerados como los sabios de la comunidad. Eso explicaría la renuencia de estos pacientes a tratarse su problema de bocio, no obstante cuando aparece alguna otra sintomatología asociada, acuden al consultorio y es cuando se detectan sus problemas de tiroides. **Objetivo:** Presentamos el caso de una paciente mujer, senil de 64 años de edad con crecimiento de su glándula tiroides durante los últimos 40 años de su vida, llegando a ser de dimensiones importantes, pero que como no causaba sintomatología alguna, no solicitó atención médica hasta que experimentó crecimiento de tumoración en la región cervical. Mostramos las imágenes pre trans y postoperatorias, así como de la pieza anatómiquirúrgica. **Material y métodos:** Paciente femenina de 64 años de edad con antecedente de crecimiento de glándula tiroidea desde hace 40 años, en forma lenta pero progresiva, no acompañarse de ninguna otra sintomatología. Desde hace dos años nota crecimiento tumoral progresivo hasta el momento actual en la región cervical posterior. A la exploración física sus signos vitales son normales, no hay compromiso cardiopulmonar ni abdominal, la palpación del cuello muestra aumento global de la glándula tiroides, de consistencia blanda renitente y multinodular, está clínicamente eutiroides. En la región posterior del cuello apreciamos tumor con volumen de 15 x 10 x 10 cm de forma alargada, blando, no fijo a planos profundos y que sugiere ser un lipoma. Solicitamos exámenes preoperatorios, valoración cardiovascular y radiografía lateral de cuello para partes blandas. **Resultados:** La BH mostró Hb de 11.9, con 5,000 leucocitos, diferencial normal. QS normal, TP 100%, 0 +, EGO con leucocituria por lo que se indicó ciprofloxacina. La valoración cardiovascular ofreció riesgo II. Bajo efectos de anestesia local más sedación se efectuó exéresis del lipoma cervical sin complicaciones. El reporte de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de lipoma. Se dejó cita a la consulta externa para manejo posterior del bocio.

037 TC-025

BOCIO MULTINODULAR CON CA ANAPLÁSICO: REPORTE DE UN CASO

García LJ, Martínez A, Escárcega R, Tarelo JM
Hospital General de Acapulco, S.S. Guerrero.

Introducción: El bocio multinodular continúa siendo una patología endémica en el estado de Guerrero, si bien es cierto que los programas de salud para proporcionar yodo a la población a través de la sal refinada, han incidido en la disminución de la presentación de nuevos casos en la población joven, también es cierto que la población actual senil, aquella que por costumbres dietéticas, prefería la sal de grano, continuó presentando crecimiento progresivo de la glándula tiroides. Esto permitió en la década de los 90' que en nuestro hospital continuáramos atendiendo pacientes con bocio multinodular endémico con relativa frecuencia, llegándose a operar de tiroidectomía subtotal o total hasta 30 pacientes al mes durante el inicio de la misma. Ya en los últimos años del término del siglo comenzamos a ver una franca disminución en los enfermos de bocio multinodular endémico, los que quedan suelen ser ancianos que como son eutiroides no presentan ninguna sintomatología asociada al crecimiento de la glándula, por lo que no solicitan atención médica a menos que presenten otras manifestaciones clínicas que estén relacionadas con su problema de fondo; la frecuencia de las tiroidectomías ha ido a menos en los últimos años. **Objetivo:** Presentamos un caso de bocio multinodular endémico de grandes dimensiones en un paciente senil, que pese al gran crecimiento que presentaba la glándula tiroidea no solicitó atención médica hasta que la sintomatología se asoció con un carcinoma ana-

plástico. se muestran imágenes pre, trans y postoperatorias del paciente, gammagrafía tiroidea, Rx de tórax y blanda de cuello, así como de pieza anatómicoquirúrgica. **Material y métodos:** G.V.B. Paciente masculino de 93 años de edad, con antecedente de notar desde los 35 años de edad crecimiento de la glándula tiroidea en forma lenta pero progresiva sin que se acompañara de ninguna otra sintomatología agregada. Desde hace dos meses presenta dolor continuo y progresivo en el lóbulo derecho de la glándula tiroidea, con aumento de la consistencia, acompañándose de disfonía. Explorado: TA: 120/70 mm de Hg. FC: 80x'. FR: 20x'. Temp: 36.5 °C. Consciente y orientado, con aumento de la glándula tiroidea en forma global, de 20 x 20 x 25 cm. El lóbulo derecho se encuentra con consistencia pétreo, es multinodular y está fijo a planos superficiales y profundos. El lóbulo izquierdo es multinodular y presenta renitencia. El resto de la exploración física no mostró datos patológicos que consignar. Se realizan preoperatorios los cuales son normales, sangre 0 Rh +, la gammagrafía tiroidea muestra bocio multinodular en lóbulo izquierdo, el derecho está ausente (frío). La BAAF se reporta como negativa a neoplasia, diagnóstico de bocio coloidal. La valoración cardiovascular preoperatoria con riesgo II de IV. Se somete a tiroidectomía total bajo anestesia general sin complicaciones durante el transoperatorio. **Resultados:** El estudio histopatológico transoperatorio mostró CA anaplásico del lóbulo derecho con invasión al músculo cutáneo del cuello y a planos profundos. El estudio definitivo confirmó el mismo diagnóstico junto con el de bocio coloide. La evolución es favorable, recibe terapia hormonal sustitutiva con EUTIROX 50/100 mcg 1 x 1 v.o. No tiene manifestaciones de hipocalcemia y las PFT fueron normales. Sus familiares no aceptaron su traslado a RT al Instituto Nacional de Cancerología.

038 TC-032

TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO COMO CAUSA DE FASCITIS NECROTIZANTE EN CUELLO

Talleri DAG, Gómez HE, Gaspar GG, Medina QM, Cortez C, Ruiz ZJ
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: La fascitis necrotizante es un problema frecuente en pacientes diabéticos, encontrado predominantemente en el área perineal, el sexo masculino y desencadenado por factores como fístulas anales o infecciones genitourinarias. **Objetivo del estudio:** Reporte de caso. Informe: Paciente masculino de 57 años, desnutrido, antecedentes de hiperuricemia de 22 años de evolución, sin tratamiento actualmente, nefrolitiasis de 20 años de evolución sin sintomatología. Laparatomía exploradora a los 18 años de edad. Tabaquismo desde los 15 años de edad hasta los 40 años de edad consumiendo 10 cigarrillos al día, alcoholismo social ocasional. Hábitos higiénico-dietéticos deficientes. Refiere caída desde su propia altura con golpe contuso indirecto en región mentoniana, posteriormente presenta dolor en sitio de contusión acompañado de aumento de tamaño progresivo, calor, rubor. Se debrida el absceso de forma parcial 8 días posteriores al trauma. A continuación refiere salida de alimentos VO por áreas de fasciotomía previa. La zona afectada se extiende en forma caudal hasta llegar a tórax anterior a nivel de la 4a costilla intercostal y lateralmente hasta la línea axilar media, en la zona caudal se observa salida de material purulento en moderada cantidad. Sin datos de compromiso pulmonar. Requiriendo fasciotomía complementaria. **Resultados:** El paciente fue intervenido quirúrgicamente por el servicio de cirugía de urgencias para complementar fasciotomía del área afectada suspendiendo la vía oral. **Conclusión:** Las causas de fascitis necrotizante son diversas y más frecuentes en pacientes diabéticos, la localización de las mismas suele ser perineal, sin embargo es posible el desarrollo de las mismas posterior a un evento traumático menor en cabeza y cuello en un paciente senil sin factores asociados.

039 TC-043

INFECCIÓN SINERGISTA EN CUELLO, REPORTE DE UN CASO

Cauzor VR, Alfaro LR, Rodríguez HJ
Hospital General Pachuca, SSA" Pachuca Hidalgo.

Objetivo: Presentación de caso raro. Presentación del caso: Paciente masculino de 33 años con antecedente de caries de 10 días de evolución, con desarrollo de infección sinergista en cuello, con realización de fasciotomías, desbridación, gastrostomía, y aplicación de injertos de piel, durante su evolución se tomó seguimiento con material fotográfico. **Antecedentes:** En 1924 Meleney describió una infección de tejidos blandos rápidamente progresiva y letal debida a Streptococo microaerofílico (*S. evolutus* y *S. aureus*) 10 reportes subsecuentes se establecieron con infección de tejidos blandos que involucraban hasta músculo esquelético, la fascia profunda muscular, la fascia superficial, o una combinación de todas estas áreas. La nomenclatura usada para designar la infección severa de tejidos blandos se ha vuelto cada vez más confusa porque ha recibido múltiples epónimos (ej. gangrena sinergista de Meleney, se ha aplicado que es probablemente la misma enfermedad en diferentes etapas o sitios). Cuando la infección sinergista se presenta en cuello, su mortalidad es cercana al 100% debido a que tiende a complicarse con mediastinitis. **Conclusiones:** Se presenta caso de extraordinaria rareza, debido a la localización muy poco frecuente de infección sinergista en cuello, además de la supervivencia del paciente, ya que es referido en la literatura mortalidad muy cercana al 100%.

040 TC-084

PREVALENCIA CÁNCER DE TIROIDES

Delgadillo TG, Serrano GI, González RF, Velázquez GJ, Sotomayor PS.
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"

Material y métodos: Se capturaron todos los paciente con tumor maligno de la glándula tiroidea, en un periodo comprendido del 1 de enero de 1994 al 31 de diciembre del 2000. Se realizó un estudio en el HE CMN la Raza de tipo retrospectivo, transversal descriptivo, observacional y abierto. Del expediente clínico se obtuvo edad, sexo, reportes patológicos, tipo de procedimiento quirúrgico, complicaciones y mortalidad. **Resultados:** Durante el periodo comprendido se capturaron 287 pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides, se corroboró el diagnóstico por BAFF en 210 casos y estudio patológico tanto transoperatorio como definitivo. En 207 pacientes fue carcinoma papilar de tiroides, 64 carcinoma folicular de tiroides, 12 tumor de células eosinófilas (Hurthle), anaplásico en 3 y medular en 1 caso. El procedimiento quirúrgico que se realizó con mayor frecuencia fue la tiroidectomía total en 222 casos y se requirió de 25 disecciones radicales de cuello. La morbilidad del estudio fue del 3% mientras que la mortalidad fue en 3 casos. Conclusiones: Al igual que lo reportado en la literatura el tumor papilar del tiroides fue el más frecuente de los cánceres que afectan a la glándula tiroidea, además de ser el tumor que mejores resultados se obtiene, la detección oportuna de este tipo de lesiones mejoran el pronóstico del paciente. El manejo multidisciplinario de esta patología da los mejores resultados ya que intervienen patólogos, endocrinólogos, medicina nuclear y cirujanos.

041 TC-086

CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES METASTÁSICO Y RESECCIÓN RADICAL DE CUELLO POR LESIÓN GIGANTE

Serrano GI, Delgadillo TG, Velázquez GJ, González RF, Tinoco HA, Bevia PF, Gómez CJ
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".

Objetivo: Presentar el caso de una paciente femenina de 22 años de edad con cáncer papilar de tiroides y afección de cadenas ganglionares cervicales bilaterales con lesiones gigantes a nivel cervical. **Resultados:** Paciente con cuadro de 2 años de evolución caracterizado por la presencia de tumoración a nivel de cara anterior de cuello con crecimiento paulatino hasta la fecha por lo que es canalizado a nuestro servicio para manejo de tercer nivel al HE CMN La Raza. A la EF se encuentra tumoración dependiente de lóbulo derecho de tiroides de 4 cm de diámetro de bordes irregulares, indurada, fija a planos profundos, dolor a la deglución y a la manipulación, a nivel de cadena ganglionar derecho se encuentra gran masa tumo-

ral de 16 x 10 cm de diámetro en planos profundos retroyugular y retrocarotídeo que abarca toda la región supraclavicular, además de múltiples ganglios en toda la cadena ganglionar bilateral de predominio derecho. Se programa para intervención quirúrgica para tiroidectomía total y resección radical de cuello bilateral. **Conclusiones:** El cáncer papilar de tiroides es el tumor maligno más frecuente de la glándula tiroides y uno de los que tiene mejor respuesta al tratamiento, a pesar de esto la detección oportuna permite un mejor pronóstico. La presencia de grandes lesiones a nivel de cadena ganglionar es frecuente pero no con las dimensiones del caso presentado por lo que se presenta este caso.

042 TC-090

INCIDENCIA DE PROCESOS INFECCIOSOS EN CUELLO EN EL HOSPITAL GENERAL DE NAUCALPAN

Zendejas HJC
Hospital General Naucalpan, ISEM.

Antecedentes: La infección es un proceso dinámico que implica invasión de microorganismos patógenos, con patógenos con reacción de los tejidos a los gérmenes y sus toxinas. Mientras que las infecciones de los espacios profundos del cuello son situaciones clínicas intensas que presentan una alta morbilidad, complicaciones y potencialmente muerte del paciente por la acumulación de material purulento en algunos de los espacios aponeuróticos cervicales profundos adyacentes a la faringe, laringe y tráquea. **Objetivo:** Mostrar la incidencia y la morbimortalidad de procesos infecciosos de cuello en el H.G. Naucalpan. **Material y pacientes:** Se revisaron los expedientes de pacientes con el diagnóstico de procesos infecciosos del mes de enero de 2000 al mes de enero de 2003, captando en total 25 pacientes. Con la siguiente distribución: del sexo femenino 11 casos (44%) y del masculino 14 (55%), con un promedio de edad de 36.6 años. Dentro de la patología de cuello encontramos los siguientes casos: angina de Ludwig 8 (32%), de los cuales dos del sexo femenino y 6 del sexo masculino. Con absceso submandibular derecho de los cuales del sexo femenino 7 (28%) y 4 del sexo masculino (16%). Con absceso occipital 2 (8%). En cara lateral cuello 2 (8%). El manejo consistió en radiografías de cuello. Para valorar la permeabilidad de la vía aérea y en caso necesario realizar traqueostomía. Manejo con antibiótico y drenaje quirúrgico en cada caso. La mortalidad fue del 4%, con diagnóstico de angina de Ludwig y sepsis. **Discusión:** En nuestro universo de trabajo nos encontramos que el sexo masculino se ve más afectado o con riesgos para la angina de Ludwig. Dentro de los abscesos submandibulares el sexo femenino ocupó el (28%) 7 casos, probablemente por la mayor predisposición a problemas dentarios. La infección de cuello se distribuye en varios planos, por lo que es vital el diagnóstico, y manejo médico quirúrgico temprano.

043 TC-207

HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO. REPORTE DE UN CASO

De la Mora LLA, García AA, Plascencia GK
Hospital General del Estado, SSA; Hermosillo, Sonora.

Histiocitoma fibroso maligno. Reporte de un caso. Sarcoma de tejidos blandos más común entre personas de 50 y 70 años; predominio 2:1 sexo masculino y raza blanca. Se presenta más frecuentemente en extremidades inferiores, seguido de las superiores y retroperitoneo. Se disemina a lo largo de planos faciales, entre fibras musculares explicando su alta tasa de recidivas locales, las metástasis son comunes. Se presenta el caso por la localización tumoral poco frecuente y su gran dimensión. **Resumen del caso:** Paciente masculino, 52 años de edad, obeso, con antecedente de traumatismo craneoencefálico. Inicia padecimiento hace 4 años con aumento de volumen en la región frontoparietal derecha de lento crecimiento, indolora; en los últimos meses presentó ulceración de la piel con crecimiento más acelerado. A la exploración física presenta en la región frontoparietal derecha tumoración multilobulada subcutánea, de aproximadamente 14 x 12 x 14 cm, piel atrófica en algunas áreas,

costras hemáticas, zonas de consistencia blanda y otras sólidas, indoloro a la palpación. La lesión se extiende hasta el arco supraclavicular derecho. Sin alteraciones neurológicas. Tomografía con lesión subgaleal, componente sólido y quístico, predominando este último, lisis y espiculaciones del tejido óseo frontal; sin penetración de tabla interna ni tejido encefálico. Con medio de contraste hay reforzamiento heterogéneo con áreas centrales que no refuerzan. Biopsia excisional con reporte de histiocitoma-sarcoma; posteriormente se efectuó resección completa en bloque y fresado de la tabla externa del cráneo con reconstrucción de piel cabelluda. Evolución postoperatoria satisfactoria, egresado 4 días posterior al evento quirúrgico, sin déficit neurológico.

044 TC-216

HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO SECUNDARIO A ADENOMA PARATIROIDEO

Vásquez CS, Montes de Oca DE, Rosas FM, Cárdenas O, Hurtado LM
Hospital General de México O.D.

Presentamos caso clínico y revisión de la literatura de femenino de 33 años de edad con historia de 10 años de evolución manifestada como infección de vías urinarias de repetición, litiasis vesical, sometida a cirugías mal indicadas por incontinencia urinaria de esfuerzo y trastornos de la estática pélvica, evolucionando con acortamiento de estatura, dolores articulares, dolores abdominales, pérdida de la densidad ósea, arcada dentaria y desarrollo de tumor en encía superior, motivo por el cual es sometida a biopsia excisional con el diagnóstico de granuloma reparador de células gigantes, resultando este signo patológico patognomónico de esta enfermedad, corroborada bioquímicamente con calcio y parathormona, sometida a protocolo de estudio de hiperparatiroidismo y posteriormente a exploración quirúrgica con hallazgo de adenoma de paratiroides inferior derecha, actualmente a 6 meses de la cirugía con buena evolución, asintomática y en monitorización bioquímica vigilando recurrencia o recaída. Hiperparatiroidismo primario es una alteración en la homeostasis del calcio con una frecuencia de 0.2 a 0.5% en la población general, femenino 3:1, 90% debido a adenoma paratiroides con manifestaciones inespecíficas y condiciones asociadas a la hipercalcemia (litiasis, hipertensión, pancreatitis, etc.) su diagnóstico es de exclusión y mediante pruebas bioquímicas e imagenológicas, con tratamiento quirúrgico curativo en el 90% de los casos. Debido a la baja frecuencia, cuadro clínico inespecífico, exploración física normal y baja sospecha clínica el diagnóstico y tratamiento de este padecimiento demora años, por tanto es necesario el conocimiento la historia natural de dicha patología.

045 TC-220

QUISTE TIROGLOSO: REPORTE DE UN CASO

Escamilla OA, Ramírez GG, Piñón HD, Treviño MR, Tenorio TJA, Hernández LAJ, Zamora LJA
Servicio Cirugía General. Hospital General "Tacuba" ISSSTE.

El quiste tirogloso es una patología frecuente en los primeros cinco años de vida, sin embargo puede ser vista a cualquier edad. Hay que tener conocimiento de la embriología de la glándula tiroides, ya que el quiste tirogloso puede encontrarse en cualquier sitio desde el agujero ciego en la base de lengua hasta la posición normal de la glándula tiroides. La protrusión de la lengua hace que se mueva el quiste hacia arriba. No se abren al exterior a menos que estén infectados o por una excisión incompleta, el quiste contiene una secreción incolora y puede contener tejido tiroideo con riesgo de malignización del 1%, de los cánceres que se desarrollan el 80% corresponden al papilar. El tratamiento es quirúrgico llevando a cabo la técnica Sistrunk. Se trata de paciente femenino de 18 años de edad, la cual desde los 4 años presenta tumoración en cara anterior cuello, no diagnosticada hasta los 18 años, por un USG de cuello que reporta quiste tirogloso, es puncionado, se infectó, motivo por el cual llega a la unidad donde es programada para resección de quiste, se lleva a cabo, encontrando el trayecto por arriba del hioides. Reporte

patología corrobora el diagnóstico. A los 6 meses de postoperatorio buena evolución.

046 TC-225

QUISTE BRANQUIAL

Borrego BR, Sánchez MJ, Pérez GR

Quiste branquial, presentación de un caso, dificultad en diagnóstico diferencial. El quiste branquial es una alteración que se presenta por la persistencia de vestigios de los arcos branquiales, se presenta en 2% de los casos de tumores de cuello en adultos jóvenes, siendo más frecuente la presentación del segundo arco branquial sin predominio de sexo ni patrones hereditarios. El embrión presenta hacia la cuarta semana la formación de las hendiduras branquiales que derivan de ectodermo, hacia la quinta semana se presentan las barras mesodérmicas entre las hendiduras formando los arcos branquiales, la primera hendidura permanece abierta y forma la trompa de Eustaquio y el conducto auditivo, de persistir abierta produce un defecto del conducto auditivo a la porción media de la mandíbula. La segunda produce un defecto de la fosa amigdalina al borde anterior del esternocleidomastoideo en sus tres cuartos superiores, el quiste representa la persistencia de la porción central de la base de una hendidura embriológica. De acuerdo a su ubicación en profundidad se clasifican en cuatro grupos: La presentación es de una masa por lo general palpable, resistente, no dolorosa y móvil, es frecuente que se presenten infecciones del mismo que se pueden relacionar en procedimientos diagnósticos, se localizan por el borde anterior o posterior del esternocleidomastoideo o en la bifurcación de la carótida o pasar al lado de la misma. La presencia de cristales de colesterol en el líquido tiene valor clínico en el desarrollo de atipias, el desarrollo de cáncer es raro y se asocia a presencia de tejido tiroideo ectópico.

047 TC-265

CISTADENOMA SEROSO SALIVAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO DE UBICACIÓN INUSUAL Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Guzmán GM, Toriz RA, Tarraso RJ, Sánchez VF
Clínica de Especialidades ISSSTE, Churubusco.

Antecedentes: El cistadenoma seroso salival es un tumor no habitual que se suele presentar en las glándulas salivales mayores y a veces en las menores. Otras ubicaciones son inusuales o insólitas. Presentamos el caso de un varón de 32 años de edad previamente sano, que inicia su PA 8 meses previos a acudir a consulta con un tumor de aparición súbita en la cara lateral derecha del cuello, indoloro de crecimiento lento y paulatino y que distorsiona la armonía y simetría faciales. En el examen físico se encontró una evidente asimetría cervical dependiente de un tumor más bien redondeado, carnoso, renitente, liso, de unos 4 cm de diámetro que se encontraba sobre (no adelante) del músculo esternocleidomastoideo derecho algunos cm abajo del borde mandibular. No había linfadenopatía. Se solicitó una TAC que mostraba un tumor más bien quístico, encapsulado, no septado en su interior, que colindaba sin infiltrar el músculo esternocleidomastoideo. Por fuera y debajo e independiente de la glándula parótida y sin involucro de la vaina carotídea. Se sometió a resección quirúrgica bajo anestesia local y sedación de manera exitosa y completa. El reporte histopatológico refirió tejido salival con cistadenoma papilar seroso. Estos tumores, dependientes de las glándulas salivales no son tan inusuales, pero lo insólito del caso presentado es que no hay glándulas salivales sobre el músculo esternocleidomastoideo. Existe este tejido en excepto la base y cavidad bucal, compartimento parotídeo y triángulo submandibular. Debe distinguirse de los quistes branquiales, el protocolo de estudio debe seguir los principios del abordaje del nódulo cervical solitario. Se presenta el caso por su rareza y para incluir como diagnóstico diferencial dentro de las lesiones quísticas de cuello.

048 TC-279

INCIDENCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES EN EL HOSPITAL GENERAL TACUBA ISSSTE.

Ramírez RE, Liho NA, De La Peña MS, Ramírez CG, Zamora LJ
Hospital General de Zona Tacuba. ISSSTE.

Antecedentes: El cáncer de tiroides se diagnostica en 28,000 personas al año y corresponde a menos del 0.5% del total de los cánceres. Los carcinomas papilar y folicular representan entre 80-90% de estos tumores. El método diagnóstico más simple es la BAAF. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, documental de cáncer de tiroides en el periodo de enero de 1998 a diciembre del 2002 en el servicio de Cirugía General de nuestro hospital. Se revisaron los expedientes para determinar género, edad, estirpe histológica, tratamiento, evolución clínica y mortalidad. **Resultados:** Se atendieron 29 pacientes (24 mujeres y 5 hombres), edad promedio 43.37 años para las mujeres (r 27-67) y de 65 años para los hombres (r 49-81), edad promedio general de 49.3 años (r 27-81). Con una relación mujer/hombre de 4:1. Con 17 casos de Ca folicular (2H y 15M), 11 casos Ca papilar (3H y 8M), 1 Ca anaplásico (mujer). Con sólo 2 fallecimientos relacionados en el transcurso del estudio. El total fue manejado por medio de tiroidectomías totales, sin complicaciones aparentes. Conclusiones: El carcinoma más frecuente fue el folicular, se observa predominio de sexo femenino, con una baja mortalidad, sin complicaciones posquirúrgicas y una buena expectativa de vida. Nos inclinamos por el procedimiento de tiroidectomía total dada la multicentricidad de este tipo de tumores.

049 TC-310

CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES

Merino YVMD, Casillas CL, Arenas QR, Ochoa AM, Talleri DAG
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: Una de las neoplasias malignas más agresivas, pocos pacientes sobreviven seis meses después del diagnóstico. La mayoría de los carcinomas anaplásicos se originan en cánceres tiroideos diferenciados. Proporción mujeres y varones de 1.5:1, casi todos los tumores se presentan en séptimo y octavo decenios de vida. Rara la manifestación antes de 50 años. El crecimiento del tumor es rapidísimo, invasión microscópica de tejidos circundantes, frecuentemente invaden ganglios linfáticos. Típicamente mujeres ancianas, antecedente de una masa en el cuello que ha estado presente antes de crecer rápidamente y volverse dolorosa. Es frecuente síntomas como disfonía, disfagia, disnea. El tumor es duro, generalmente fijo a estructuras vecinas. Se diagnostica con BAAF, observando células características multinucleadas. Todas las formas de tratamiento han sido decepcionantes. Actualmente, aun con pobres resultados es radioterapia hiperfraccionada más doxorubicina, este esquema alcanza índices de 12% a 2 años. **Objetivo:** Reporte de caso. Informe: Paciente masculino de 19 años, sin antecedentes de importancia, únicamente tumoración de crecimiento rápido, en línea media del cuello fija a planos profundos y se moviliza con la deglución, disnea progresiva. TC de cabeza y cuello observando tumoración en cuello, infiltra tráquea y penetra intraluminalmente ocluyendo el 80%. Se realiza resección tumoral, reportando el transoperatorio carcinoma anaplásico de tiroides, se deja traqueotomía definitiva. Posquirúrgico tórpido primeros 3 días por dificultad para control de secreciones. Conclusiones: Actualmente paciente en buenas condiciones generales, en tratamiento adyuvante de radioterapia (10) ciclos y quimioterapia, hasta el momento a 7 meses de la cirugía sin complicaciones.

CIRUGÍA ENDOCRINA

050 TC-013

CÁNCER ANAPLÁSICO DE TIROIDES. REPORTE DE UN CASO

De La Peña MS, Ramírez CG, Zamora LJA, Ramírez GG, Ramírez RE, Liho NA
Hospital General Tacuba, ISSSTE.

Introducción: La evolución biológica del cáncer de tiroides rara vez es mortal, característica de los carcinomas bien diferenciados, pero

puede ser una enfermedad fulminante como el caso del cáncer anaplásico, el cual es más frecuente en mujeres y ocupa del 1 al 3% de todas las neoplasias malignas del tiroides. **Resumen:** Femenino de 58 años con antecedentes de hipertensión arterial y amigdalectomía. Se presenta con tumoración en cara anterior de cuello de 2 X 3 cm, no dolorosa y sin sintomatología agregada, al mes comienza con aumento de volumen, pérdida de peso de 2.5 kg y fiebre manejada con antibióticos. Un mes después se presenta a cirugía con disfagia a sólidos y disnea, mal estado general, aumento de volumen de 20 X 15 cm y fiebre. EF se encuentra con fascies de angustia, sin exoftalmos, tumoración en cara anterior de cuello de 20 X 15 cm, multinodular, dura, fija que se extiende hasta la escotadura esternal, así como signo de Pemberton, con resto de exploración sin relevancia. Pruebas de función tiroidea normales, gammagrama con zonas hipocaptantes del lado izquierdo, BH y QS normales. Se realizó BAAF reportándose cáncer anaplásico. Radiografía de tórax con metástasis bilaterales y derrame pleural izquierdo del 10%. TAC con crecimiento bilateral de tiroides, infiltración de laringe, tráquea y cuerpos vertebrales. Comentario: El cáncer anaplásico es muy agresivo, con sobrevida media de 6 meses y a 5 años de 3.6 a 7%, de predominio en mujeres, la edad media de presentación es de 61 años. El tratamiento es paliativo por su evolución rápida y fulminante.

051 TC-014

RIÑÓN POLIQUÍSTICO COMO CAUSA DE HERNIA INCARCERADA EN PARED ABDOMINAL ANTERIOR

Ramírez CG, Liho NA, De la Peña MS, Zamora LJA, Ramírez RE, Calvillo BG
Hospital General de Zona No. 1, Pachuca, Hidalgo, México.

Objetivo: Presentación de un caso de poliquistosis renal como causa de hernia abdominal anterior incarcerada. **Antecedentes:** El desarrollo embriológico renal puede presentar anomalías en la diferenciación, con la formación de quistes, los cuales pueden ser únicos o múltiples; corticales o medulares; unilaterales o bilaterales. En el adulto, es causa de insuficiencia renal. Su etiología es desconocida, de herencia dominante autosómica; los riñones pueden llegar hasta un peso de 4 kg, con zonas de hemorragia. La tercera parte se asocia con quistes hepáticos, su diagnóstico es por USG y urografía excretora. Presentación del caso clínico:

Masculino de 50 años, tabaquismo y alcoholismo positivo, portador de insuficiencia renal, múltiples plástias de pared; acude por dolor abdominal de 12 hrs. de evolución, con masa palpable no reductible, dolorosa, en cuadrante superior derecho, TA 180/110, FC 6x, FR 28x, Temp. 37 °C. Abdomen con hernia incisional incarcerada, datos de irritación peritoneal. Se somete a LAPE encontrando tumoración renal poliquística de 30 x 20 x 16 cm, con áreas hemorrágicas; hígado completamente poliquístico. **Conclusiones:** La poliquistosis renal puede causar abdomen agudo por hemorragia de los quistes y distensión de los mismos. Las únicas indicaciones quirúrgicas referidas en la literatura son la presencia de cálculos y/o abscesos. En el caso presentado, la indicación quirúrgica es el encarceramiento del riñón dañado en un defecto herniario corregido previamente.

052 TC-028

MIELOLIPOMA SUPRARRENAL ASINTOMÁTICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Urióstegui NJA, Solares SHN, Benítez BJ, Figueroa AS, Maza SR
Médicos Residentes de Cirugía General, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE. Médico Adscrito al Servicio Cirugía General, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE.

Objetivo: Informar acerca de un caso de un miolipoma adrenal asintomático. **Diseño:** Descripción de casos. **Sede:** Hospital de tercer nivel de atención. **Objetivo:** Informar acerca de un caso de un miolipoma adrenal asintomático. **Diseño:** **Descripción de casos.** **Sede:** Hospital de tercer nivel de atención. **Descripción de los pacientes:** Se estudió retrospectivamente un caso de miolipoma encontrado en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE

en 2002. Se analizó: cuadro clínico, diagnóstico, tratamiento quirúrgico, características histopatológicas y seguimiento. Se hizo además una revisión en la literatura de los miolipomas publicados hasta 2003. El caso fue diagnosticado por tomografía preoperatoriamente y corroborado histopatológicamente con la pieza quirúrgica. Con antecedente de haber sido detectada la masa en una laparoscopia previa. Clínicamente asintomático. Se realizó cirugía abierta transabdominal. **Conclusión:** El miolipoma de la glándula suprarrenal es un tumor raro, benigno, endocrinológicamente inactivo, cuya estructura histológica consiste de tejido adiposo maduro con focos de células hematopoyéticas. Además de componentes hematopoyéticos y grasos, el miolipoma puede presentar elementos óseos. La mayoría de los casos reportados son pequeños y asintomáticos. Puede coexistir con ganglioneuroma adrenal, su hallazgo continúa siendo incidental. Presentamos el caso de un paciente del sexo femenino cuyo diagnóstico fue establecido como incidente en una laparoscopia con protocolo de estudio posterior al evento diagnosticado por tomografía y confirmado el diagnóstico por histopatología. Se presenta el manejo quirúrgico y la evolución postoperatoria. Se efectúa una revisión de las características clínicas de estos tumores, así como su perfil por imagen y opciones de tratamiento. El manejo quirúrgico o expectante debe individualizarse en cada caso, pero se debe considerar la cirugía.

053 TC-105

FEOCROMOCITOMA EXTRAADRENAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Montes de Oca DE, Rosas FM, Vásquez CS, Cárdenas SO, Chapa AO
Hospital General de México.

Antecedentes: Los feocromocitomas son tumores productores de catecolaminas, causa de hipertensión arterial secundaria en el 0.5%; Miden 3-5 cm promedio. Los paragangliomas representan 10% del total de los feocromocitomas, se originan en la cadena ganglionar simpática y tejido cromafín. El 42% a nivel de la vena renal izquierda, 29% en el órgano de ZuKerkandl. Entre 20 y 40% son malignos, sólo 10% no cursa con hipertensión arterial. **Objetivo:** Establecer una guía para el diagnóstico y manejo, en base a la literatura actual. Informe de un caso de feocromocitoma extraadrenal gigante, sin hipertensión: femenino de 50 años, con padecimiento iniciado hace 9 meses con episodios de cefalea frontoparietal, acompañada de diaforesis, ansiedad, sin factores desencadenantes, acude con médico, quien detecta tumoración abdominal de 15 cm de diámetro (nunca palpada, ni referida por la paciente antes de esta fecha) localizada en cuadrante superior izquierdo. Niega hipertensión, pérdida de peso, vértigo, acúfenos, fosfenos, tinitus y palpitaciones. Exploración: normotensa, IMC 30.4, abdomen con tumoración en hipocondrio izquierdo de 15 x 10 x 10 cm, clínicamente retroperitoneal. Se realiza TAC, RM, angiografía, urografía excretora, perfil de catecolaminas y metanefrinas. **Resultados:** En el cartel se describen y se interpretan, se diagnostica feocromocitoma extraadrenal productor de metanefrinas y noradrenalina, se realiza resección quirúrgica exitosa. **Discusión y conclusión:** En el cartel se hace una revisión integral y actual de la literatura; incluyendo su incidencia, epidemiología, localizaciones, malignidad, métodos de laboratorio y gabinete diagnósticos, y se fundamenta el enfoque terapéutico médico y quirúrgico de la patología en general.

054 TC-183

LINFANGIOMA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL

Alvarado AHA, Robledo OF
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI México D.F.

Resumen: Los quistes de la glándula suprarrenal son raros. Desde 1670, en que Greiselius reportó el primer caso de quiste adrenal, hasta la fecha se han reportado al menos 620 casos. Los linfangiomas representan el 16% de todos los quistes adrenales, éstos son secundarios a falta del desarrollo de los vasos linfáticos. Un tercio

de los quistes adrenales se diagnostican incidentalmente. Generalmente son benignos y asintomáticos, sólo 7% son malignos. Hasta ahora, la adrenalectomía es el tratamiento primario de las neoplasias benignas y malignas. Se presenta el caso de un paciente femenino de 24 años con elevaciones esporádicas de la tensión arterial. Además de cefalea frontal, crisis de ansiedad, mareo, náusea, irritabilidad y depresión, recibiendo tratamiento por Psiquiatría. Incidentalmente en un ultrasonido se encontró un quiste suprarrenal derecho y luego se confirmó el diagnóstico por tomografía. Valorada por endocrinología: obesidad (IMC: 28.5), sin datos de Cushing y sin virilización. Para su estudio se solicitaron electrólitos séricos y urinarios, estradiol, renina, aldosterona, catecolaminas, pruebas tiroideas, glucosa, creatinina, triglicéridos y cortisol urinario, encontrando todos dentro de límites normales. Se realizó adrenalectomía derecha encontrando quiste adrenal trilobulado de 7 x 7 cm, otro de 4 x 3 cm y de 2 x 2 cm. Sin complicaciones fue dada de alta al cuarto día. Seguimiento postoperatorio con buena evolución. El reporte histopatológico diagnosticó: suprarrenal de 4.7 x 2.5 x 1.5 cm unida a una cavidad quística de 7 x 7 correspondiente a quiste de suprarrenal de tipo endotelial, linfangioma.

055 TC-222

BOCIO INTRATORÁCICO

Contreras GA, Guzmán CR, Zertuche H, Torres FM, Méndez OC, Merdrano GA, Zarandona LJ, Mar CR, Ricardi CN, Lerma A, Cerda LJ Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco.

Reporte de un caso: El crecimiento tiroideo inferior hasta el mediastino produce bocio substernal en 0.2 a 21% de los pacientes con bocio cervical. La prolongación intratorácica se sitúa en el mediastino anterior en cerca del 75 al 90%. **Objetivo:** Reportar un caso manejado en el servicio de cirugía del hospital general de Tampico. Fem. de 60 años con hernia inguinal izquierda. APP: tiroidectomía parcial por nódulo tiroideo hace 22 años. Se solicitan exámenes preoperatorios con el hallazgo incidental en la tele de tórax de tumor mediastinal, se inicia protocolo de estudio para tumores de mediastino. EF: paciente en condiciones generales buenas, cuello con discreto desplazamiento de tráquea hacia la izq., cicatriz quirúrgica antigua, palpándose masa supraesternal fija a planos profundos en tórax: Sin deformación torácica, no datos clínicos de compromiso cardiopulmonar. Región inguinal izq. con hernia de fácil reducción. BAAF de masa supraesternal compatible con neoplasia folicular. USG lóbulo tiroideo derecho de 5.6 x 3 cm con imagen hipoeoica con relación a un nódulo tiroideo. TAC: masa en mediastino superior, aspecto sólido, irregulares de 48 x 53 x 47 mm con calcificaciones y proceso infiltrativo del pulmón derecho. Cirugía: toracotomía y resección tumoral. Resultados: Masa tumoral tiroidea intratorácica sin compromiso pulmonar ni vascular. Patología: adenoma folicular de glándula tiroides. Evolución postquirúrgica satisfactoria. **Conclusiones:** Aunque el bocio intratorácico es una patología rara, debe de sospecharse en situaciones de tumor mediastinal en pacientes previamente sometidos a tiroidectomía.

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

056 TC-050

CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA LAPAROSCÓPICA EN EL HGZ II DEL IMSS CÁRDENAS, TABASCO

Miranda DO MA
HGZ II. IMSS. Cárdenas Tabasco. IMSS.

Antecedentes: En México el Dr. Leopoldo Gutiérrez realizó la primera colecistectomía laparoscópica y a partir de allí, se realizan más procedimientos por esta vía y se ocupa en ginecología, urología, etc. **Objetivo:** Dar a conocer los 5 años de experiencia con que cuenta el HGZ II del IMSS en Cárdenas Tabasco, en procedimientos laparoscópicos e informar nuestros resultados. **Material y métodos:** Se revisaron hojas de registro y expedientes de pacientes sometidos a procedimientos laparoscópicos de abril de 1999 a abril de

2003, anotando el tipo de procedimiento, si hubo o no conversión, causas de conversión, y complicaciones.

Resultados: Se realizaron 447 procedimientos, 413 colecistectomías, 4 biopsias de hígado, 1 drenaje de absceso, 5 exéresis de quiste de ovario, 6 apendicectomías, 1 reparación de úlcera perforada, 11 laparoscopias diagnósticas, 1 plastia de hiato, 1 colocación de catéter de diálisis, 2 OTB, 2 nefrectomías, 1 lisis de adherencias. Se convirtieron 43 colecistectomías, 2 nefrectomías, 1 laparoscopia diagnóstica, las causas de conversión fueron dificultad técnica, falla del equipo, hemorragia, coledocolitiasis, dificultad para identificar la anatomía, desgarró del conducto cístico y hallazgos inesperados. En las complicaciones se presentó una lesión de vía biliar con sección de colédoco. **Conclusiones:** La cirugía laparoscópica es actualmente el método de elección para resolver la mayor parte de enfermedades quirúrgicas. 447 procedimientos es un buen número para un hospital de segundo nivel. Los pacientes se reincorporan a sus actividades laborales en forma temprana, hay menor morbilidad. Dentro de la curva de aprendizaje, aún no llegamos a una meseta. La experiencia de los cirujanos aumentó, teniendo como base la colecistectomía.

057 TC-051

CIRUGÍA DE INVASIÓN MÍNIMA, CON TRÓCARES DE LAPAROSCOPIA

Miranda DO MA
HGZ II. IMSS. Cárdenas Tabasco. IMSS.

Antecedentes: Actualmente la cirugía de invasión mínima se realiza buscando disminuir el dolor, la estancia hospitalaria y la incorporación en forma temprana a la actividad cotidiana. **Objetivo:** Dar a conocer los procedimientos que realizamos con trócares de laparoscopia. **Material y métodos:** Realizamos 14 procedimientos con trócares de 11 mm, 10 cistostomías a pacientes con retención urinaria, con anestesia local, a nivel suprapúbico se incidió 1 cm, colocamos un trócar y a través de él se introdujo sonda de Foley, se infló el globo, se retiró el trócar y se fijó la sonda a piel, 4 sondas de pleurostomía a pacientes con hemotórax y neumotórax con anestesia local a nivel de 4-5 espacios costales, incidimos 1 cm y colocamos el trócar, se introdujo la sonda de pleurostomía, se retiró el trócar y la conectamos a sello de agua fijándola con seda # 1 y 4 cistolitotomías en quirófano bajo bloqueo peridural, colocamos sonda transuretral, provocamos globo vesical con solución y se pinzó la sonda, incidimos 1 cm a nivel suprapúbico, se colocó trócar, introducimos el laparoscopio y dirigimos el trócar lo más cercano al lito, se retiró la lente y se tomó el lito con pinza extractora, se retiró con todo y trócar, despinzamos la sonda y cierre vesical y por planos en forma convencional. **Resultados:** De los 18 procedimientos que realizamos en un lapso de un año, en ninguno hubo necesidad de ampliar las incisiones, hubo escaso sangrado y el tiempo quirúrgico fue de 5-20 minutos y no hubo complicaciones. **Conclusiones:** Los trócares de laparoscopia son de utilidad en padecimientos en donde la técnica habitual es abierta y se ofrecen todos los beneficios de la cirugía de invasión mínima. Se puede realizar extracción de litos vesicales en forma videoasistida en lugares donde no existe equipo ni servicio de urología.

058 TC-070

INDICADORES PRONÓSTICOS DE FALLA PARA EL EGRESO HOSPITALARIO TEMPRANO EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ELECTIVA

Rosas FM, Meza VM, López LJ, González RV, Vargas TE, Bonifaz CIJ, Ibáñez G, Medina CJM, Henestrosa PK
Servicio de Cirugía General. Hospital General de México O.D.

Una de las grandes ventajas del abordaje laparoscópico para realizar la colecistectomía es el egreso hospitalario temprano, que se puede ofrecer al paciente que es intervenido por este medio, esto como consecuencia del menor índice de dolor postoperatorio, ileo y tolerancia a la vía oral de forma temprana. Sin embargo, algunos estudios muestran que este egreso temprano no siempre es posible. En nuestra

institución se egresa al paciente intervenido de colecistectomía laparoscópica en un máximo de 24 horas. **Objetivo:** Identificar los factores predictivos de falla de egreso temprano hospitalario en pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica electiva. **Método:** Se revisaron los expedientes de 400 colecistectomías laparoscópicas, analizándose 21 parámetros sociodemográficos, clínicos, datos de laboratorio y ecográficos, relacionando estadísticamente estas variables con la falla en el egreso hospitalario temprano. **Resultados:** El 88 % de los pacientes bajo colecistectomía laparoscópica fueron egresados de forma temprana. Las pruebas de funcionamiento hepático, los hallazgos ultrasonográficos y las variables sociodemográficas no tuvieron significancia estadística. Se identificaron como factores de riesgo presentes en más del 50% del grupo con egreso tardío; la edad mayor de 60 años, ASA mayor de 3, enfermedades cronicodegenerativas concomitantes y la duración del procedimiento. **Conclusiones:** Es importante considerar estos factores de riesgo en el momento de la programación quirúrgica para tener un mejor consentimiento informado y no ofrecer de primera intención un egreso postoperatorio temprano en este grupo de pacientes.

059 TC-103

COLECISTECTOMÍA ENDOSCÓPICA, UNA ALTERNATIVA A BAJO COSTO

López SF, Blas AR, Trejo CD
Secretaría de Marina, Armada de México, Centro Médico Naval.

Antecedentes: La cirugía endoscópica, en la patología de la vesícula biliar, se ha convertido en una técnica que desplazó el abordaje tradicional, ya que le da al paciente la oportunidad de una recuperación rápida, disminuyendo además el tiempo de estancia hospitalaria, menos dolor postoperatorio, y una reintegración rápida a sus actividades cotidianas, y adicionalmente encuentra beneficios en el aspecto estético. Sin embargo, con las desventajas del alto costo por la utilización de la tecnología y los diferentes instrumentos desechables, no permite que sea accesible a todos los pacientes que pudieran beneficiarse con ella. **Métodos:** La técnica consiste en la utilización de aguja de Veress, dos puertos reusables (5 y 10 mm), trócares e instrumental reusable, realizando nudos extracorpóreos, para la ligadura del conducto cístico y la arteria cística, disminuyendo el uso de: Aguja de Veress, trócares e instrumental, sistema de irrigación-succión y engrapadoras desechables, promoviendo la cirugía de corta estancia. **Resultados:** Esta técnica demuestra que el entrenamiento y la capacitación constante del cirujano le favorece al paciente en la disminución de los costos de una cirugía tan frecuente en nuestro medio. **Conclusiones:** Para Instituciones Públicas donde los recursos económicos deben administrarse eficazmente, se recomienda esta alternativa, que genera ahorros y da los mismos beneficios al paciente, eliminando los altos costos del equipo desechable.

060 TC-108

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA PATOLOGÍA ABDOMINAL DURANTE EL EMBARAZO

Fernández J, Jurado E, Martínez-Ulloa J, Baqueiro A, Gómez JM
Hospital Español de México.

Introducción y objetivo: Aproximadamente el 0.2% de las mujeres embarazadas requieren de cirugía. Desde 1991 se ha realizado el abordaje laparoscópico para la apendicectomía y la colecistectomía con buenos resultados. Se realizó una revisión retrospectiva, en un periodo de 4 años, en nuestra institución, de la mujer embarazada que requirió de manejo quirúrgico laparoscópico por patología abdominal, identificando la presencia o no de efectos adversos en el producto y/o la madre, cambios hemodinámicos o en el equilibrio ácido-base, morbilidad y mortalidad de ambos, abortos, partos pretérminos, evolución postoperatoria y la utilidad de la laparoscopia como herramienta diagnóstica. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, de 4 años, en el Hospital Español de México, de 11 pacientes con patología abdominal resuelta por cirugía laparoscópica. **Resultados:** Se

obtuvo un total de 11 pacientes, entre 24 y 36 años, 6 de las cuales presentaron apendicitis aguda, 4 de ellas colecistitis aguda, una de ellas oclusión intestinal por adherencias, y una con quiste de ovario complicado. Diez de ellas fueron intervenidas durante el segundo trimestre y una de ellas, un cuadro apendicular, durante el primer trimestre. Se instaló el neumoperitoneo en todas, con técnica de Hasson, insuflando cavidad entre 10 y 12 mmHg. Días de estancia intrahospitalaria de 3 a 6 días. No se presentaron complicaciones. **Conclusión:** La cirugía laparoscópica ofrece las mismas ventajas ya conocidas que en el paciente no obstétrico, sin aumentar la morbilidad materno-fetal.

061 TC-116

APENDICECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA

Esmer SD, Alfaro SA, Alvarez TF
Centro Médico del Potosí.

Antecedentes: La apendicitis es una patología cada vez más comúnmente realizada por laparoscopia. **Objetivo:** Presentar la casuística de apendicetomías por laparoscopias en un hospital privado de San Luis Potosí. **Material y métodos:** Se operaron 42 casos desde enero del 2001 a enero del 2003, encontramos 23 pacientes masculinos y 19 femeninos, las patologías agregadas al cuadro de apendicitis aguda fueron endometriosis 2 pacientes, los diagnósticos diferenciales en pacientes sin apendicitis fueron 2 pacientes con tumores quísticos del ovario, 2 pacientes con adenitis mesentérica, 1 con salmonelosis con ileitis terminal, 1 con tiftitis con abscesos piógenos hepáticos, 1 paciente con infección de vías urinarias y 2 endometriosis. Sólo a 2 pacientes se les infectó la herida y sólo 1 requirió reingreso para antibióticos y drenaje por ser diabético. **Conclusiones:** El abordaje laparoscópico de un paciente con apendicitis nos facilita su corta estancia hospitalaria, menos infección de heridas y mejor manejo de los pacientes con líquido purulento libre en cavidad secundario a la patología apendicular.

062 TC-118

COLECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA

Esmer SD, Alfaro SA
Centro Médico del Potosí.

Antecedentes: La cirugía colorrectal laparoscópica ha progresado en los últimos años alcanzando también a los casos de cáncer de colon. **Objetivo:** Presentar el caso de colectomía laparoscópica derecha ampliada con técnica laparoscópica videoasistida por cáncer. **Presentación del caso:** Masculino 70 años, diabético e hipertenso controlado. Cuadro de 2 meses de evolución con rectorragia. Se le realizó colonoscopia encontrando tumor en ángulo hepático. Rhp adenocarcinoma mucinoso. TAC sin evidencia de metástasis. Se realizó colectomía laparoscópica videoasistida. La evolución postoperatoria satisfactoria. **Conclusiones:** La colectomía es un procedimiento cada vez más aceptado a realizarse por laparoscopia pero en el caso de resección por cáncer aún está en discusión.

063 TC-124

ESPLENECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA (REPORTE DE UN CASO)

Urbina F, Ceballos PA, Bolaños BLE, Vargas S, García-Lascurain
Hospital Ángeles del Pedregal.

Masculino de 19 años de edad, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Inicia con dolor abdominal cólico difuso en mesogastrio e hipocondrio izquierdo de 10 días de evolución; irradiado a hombro izquierdo, sin factores acompañantes. Exploración física: dolor a la palpación profunda en hipocondrio izquierdo con masa de aproximadamente 10 cm fija a planos profundos y de consistencia ahulada. Exámenes de laboratorio iniciales sin datos relevantes de mencionar. Exámenes de gabinete, se realiza ultrasonido de abdomen en donde se identifica masa en bazo, de caracte-

rísticas quísticas. Se realiza tomografía axial computada en donde se corrobora quiste de bazo. Se programa para esplenectomía por vía laparoscópica. En donde, bajo anestesia general balanceada, se colocan 4 trócares, 3 en línea media y 1 en fosa iliaca izquierda, se realiza disección del ángulo esplénico, disección y corte de los vasos del ángulo esplénico y vasos cortos; disección del hilio con ligadura de arteria y vena esplénica de manera individual, separación del resto de ligamentos esplénicos, se introduce el bazo en bolsa plástica y con la ayuda del morcelador se extirpa en su totalidad, revisión de hemostasia y cierre de heridas quirúrgicas. Con buena evolución intrahospitalaria dado de alta al tercer día de postoperatorio. Reporte de patología: Quiste esplénico primario no parasitario.

064 TC-148

ANATOMÍA DE LA VISIÓN POSTERIOR DE LA REGIÓN INGUINAL: UNA DESCRIPCIÓN EXHAUSTIVA DE LO HISTÓRICAMENTE OLVIDADO

Montaño TE, Valdez MD, Herrera EJ, Moreno PM, Palacios RJ, Pereyra F
Hospital General «Dr. Manuel Gea González».

Introducción: Desde que la laparoscopia ha sido usada para el tratamiento de las hernias inguinales, un nuevo interés de la anatomía de la visión posterior de esta región ha resurgido. Sin embargo, las descripciones anatómicas de esta visión, se conocen desde finales del siglo XIX. **Objetivo:** Describir detalladamente la anatomía de la visión posterior de la región inguinal y su relación anatómica con la visión convencional. **Material y métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica extensa encontrando los documentos en los que históricamente se explica la anatomía de la región. Se explica minuciosamente la anatomía de la región inguinal desde una visión posterior. **Discusión:** El cirujano moderno tiene la obligación de entender la anatomía de la región inguinal, no sólo desde una vista anterior sino desde una posterior. Aunque éste no es un conocimiento nuevo, la laparoscopia nos ha obligado a tener un dominio anatómico tridimensional históricamente olvidado. Este trabajo retoma las bases anatómicas establecidas en el siglo antepasado, añadiéndole los conceptos modernos introducidos por el uso del laparoscopia como son el triángulo de la muerte (o perdición) o el triángulo del dolor.

065 TC-176

PRIMERA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE EMBARAZADA DEL HOSPITAL REGIONAL "GRAL. IGNACIO ZARAGOZA", ISSSTE

López MJA, Palacio VF, Delgado CMM, Granja PE, Hernández A, Alonso SM, Gómez F
Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: La cirugía laparoscópica ha tenido un gran desarrollo, al grado de abatir casi todas sus contraindicaciones. El embarazo es especial por el riesgo materno-fetal, reportándose casos de colecistectomías y apendicectomías por laparoscopia con mínima morbilidad. **Objetivo:** Presentamos la experiencia nuestra unidad en la primera colecistectomía laparoscópica en paciente embarazada. **Caso clínico:** Femenino de 31 años, con antecedente de menarca 12ª, ritmo 28/8, IVSA 19ª, G 5, P 1, C 2, A 1. FUM 09-08-02, embarazo de 22 sdg. PA: Acude a urgencias por dolor abdominal de 7 días de evolución tipo cólico, intenso, en HD, secundario a la ingesta de colecistoquinéticos, acompañado de náusea y vómito gastrobiliar. EF: Buen estado general, abdomen con FU 22 cm, PUVI, FCF 144x', PC, DD, SL; peristalsis normal, blando y depresible con dolor intenso en HD, Murphy positivo, Von Blummer negativo. Ingresada por colecistitis aguda y embarazo de 22 sdg. con tratamiento conservador y vigilancia estricta materno-fetal. Se toma USG que reporta PUVI con movimientos activos, 25 sdg. por fetometría, placenta normoinsera grado 0, hígado, páncreas, colédoco y vena porta normales; vesícula biliar con paredes edematosas y engrosadas (13 mm), con múltiples litos pequeños y tabique longitudinal en cuello. A las 72 hrs. persiste con dolor en HD y Murphy positivo, por lo

que se realiza colecistectomía laparoscópica anterógrada, bajo anestesia general endovenosa (Propofol y fentanilo), con 3 puertos (2 de 10 mm, 1 de 5 mm), neumoperitoneo a baja presión (10 mmHg), duración de 40 min, sin complicaciones. Hallazgos: útero gestante, salpinges, ovarios, hígado, colédoco, estómago e intestino de características normales; Vesícula biliar de 9 x 4 x 4 cm con paredes engrosadas y edematosas, colesterosis, múltiples litos pequeños incluso en conducto cístico. En el PO la paciente se trata con antibiótico, analgésico e indometacina (100 mg. VR cada 12 hr. por 3 días) y monitorización estricta materno-fetal, tolerando la vía oral a las 6 hrs. del PO y egresándose al 3er día en buenas condiciones y sin datos de actividad uterina ni complicación fetal. Ocurriendo resolución del embarazo en la semana 40 por parto eutócico de producto masculino de 3,300 g y Apgar 8-9. **Conclusión:** Algunos casos de pacientes embarazadas que cursan con colecistitis litiasica aguda que no ceden a tratamiento pueden ser operadas de colecistectomía por vía laparoscópica, brindando todos los beneficios de la cirugía de mínima invasión con buenos resultados.

066 TC-202

RESECCIÓN DE URETERO POR LAPAROSCOPIA

Aguilar OC, Moncada GF, Esmer SD
Centro Médico del Potosí

Antecedentes: Los pacientes con nefrectomía que se ha dejado *in situ* el uretero pueden presentar infecciones intermitentes debido a reflujo vesicoureteral, por lo que en ocasiones se requiere la resección de este segmento de uréter. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente que se reseccó uretero por laparoscopia. **Presentación del caso:** Masculino 33 años, antecedentes de nefrectomía derecha post-traumática, refiere sintomatología de cuadros de infecciones urinarias intermitentes resueltos con manejo conservador, se realizó citografía y se demostró reflujo vesicoureteral. Se programa resección laparoscópica la cual se realiza intraperitoneal sin complicaciones. La evolución satisfactoria. **Conclusión:** La cirugía de mínima invasión en urología cada vez se utiliza más frecuentemente y la resección de uretero residual es muy poco frecuente pero el paciente se recupera más rápidamente con la intervención laparoscópica.

067 TC-203

NEFRECTOMÍA POR LAPAROSCOPIA

Esmer SD, Aldrett LE, Aguilar OC, Moncada GF
Centro Médico del Potosí.

Antecedentes: La cirugía de mínima invasión en urología ha tomado un auge importante desde la primera intervención en 1976 para diagnóstico de criptorquidea. **Objetivo:** Presentar el caso de nefrectomía por laparoscopia. **Presentación del caso:** Masculino 53a, antecedente de cirugía por aneurisma aórtico roto hace 1 año, ahora con hipertensión por estenosis de arteria renal izquierda se somete a nefrectomía por laparoscopia retroperitoneal. **Resultados:** nefrectomía retroperitoneal izquierda sin complicaciones. **Conclusión:** La nefrectomía por laparoscopia reduce el dolor y la estancia postoperatoria intrahospitalaria.

068 TC-215

TUMOR DE EPIPLÓN, REPORTE DE UN CASO ABORDADO POR LAPAROSCOPIA

Ruiz CJ, Fregoso AJM, Sereno TS, Orozco AMO, Huerta RG, Pérez NJV, Medina QVM, Hermosillo SJM
Hospital San Javier, Guadalupe, Jalisco.

Antecedentes: El primer caso de tumoraciones de epiplón lo reportó Stout en 1942, tratándose de un hemangiopericitoma. El epiplón está constituido por tejido graso, nervios, vasos sanguíneos y linfáticos y las tumoraciones benignas pueden ser lipoma, leiomioma y fibroma. Las tumoraciones malignas más comunes son leiomiomas, hemangiopericitoma y el fibroliposarcoma. **Objetivo:** Reportar

un caso de fibroliposarcoma de epiplón abordado quirúrgicamente por laparoscopia. **Caso clínico:** Se trata de un masculino de 54 años de edad, con dos meses de evolución con dolor abdominal, distensión y masa palpable en mesogastrio. La tomografía computarizada de abdomen permitió visualizar un tumor en epiplón. Mediante un abordaje laparoscópico se encontró una tumoración de 15 x 15 x 5 cm en epiplón, fija, con implantes en todo el peritoneo y líquido libre en cavidad; se tomaron biopsias. El paciente falleció 6 días después. El reporte histopatológico fue de un fibroliposarcoma de epiplón. **Discusión:** Estos tumores son muy raros y en su revisión de la literatura, Miller reportó 72 casos en diciembre del 2002. La sintomatología clínica consiste en disconfort abdominal, masa y distensión en 45%, 35% y 15% respectivamente. La indicación quirúrgica es para diagnóstico y tratamiento, habiéndose establecido el primero por tomografía y/o angiografía. La opción de abordaje laparoscópico es una alternativa más en el manejo de estos tumores, en pacientes en etapas más tempranas de la enfermedad.

069 TC-261

MANEJO LAPAROSCÓPICO CON ASISTENCIA ENDOSCÓPICA PARA ACALASIA. RESUMEN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ramírez BMM, Mata QC, Luna MJ, Soto DB
Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX

La esofagocardiomiectomía laparoscópica para acalasia, ha demostrado ser un procedimiento seguro, eficaz, acompañado de mínima molestia postoperatoria, corta estancia hospitalaria y pronta recuperación. Desde la publicación de la primera esofagocardiomiectomía laparoscópica en 1991 por Shimi, la experiencia acumulada ha demostrado su superioridad sobre los abordajes abiertos. Presentamos el caso de un paciente masculino de 43 años de edad con diagnóstico clínico de acalasia de 2 años de evolución, con estudios de extensión donde reportan: SEG: Dilatación esofágica con tortuosidad importante por arriba de la unión esofagogástrica, imagen en S itálica, con paso del medio retardado hacia el estómago, terminación filiforme. Endoscopia: Esófago dilatado y sigmoideo, esofagitis, gastritis erosiva difusa moderada. Manometría: inconclusa por imposibilidad de paso de catéter por esófago sigmoideo. Se realiza por vía laparoscópica asistida por endoscopia cardiomiectomía tipo Heller de 6 cm en esófago y 1.5 cm en estómago y hemifunduplicatura 270° Toupet con hallazgos quirúrgicos de esófago dilatado en su tercio distal, con área de estenosis en la unión esofagogástrica y endoscópicos, libre paso de endoscopio observándose miotomía con adecuada integridad de la mucosa. La evolución fue satisfactoria, tolerando vía oral a las 24 horas, con mínimo dolor postoperatorio y corta estancia intrahospitalaria. Actualmente a 6 meses de la cirugía, el paciente se encuentra asintomático y con aumento de peso ponderal. Al igual que lo reportado en la literatura universal, la esofagocardiomiectomía por vía laparoscópica asistida por endoscopia, resultó un tratamiento definitivo, seguro y eficaz para la acalasia, con rápida rehabilitación y con los beneficios de la cirugía de mínima invasión.

070 TC-346

EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO POR TORACOSCOPIA

Esperón LGI, Trejo SJ, Carrasco RJA
Hospital General Xoco, Secretaría de Salud del G.D.F.

Resumen: Se trata de paciente femenina de 63 años de edad, la cual cuenta como antecedente de importancia haber sido intervenida quirúrgicamente de osteosíntesis de clavícula derecha 15 días antes de su ingreso y la cual presenta dificultad respiratoria en el 8° día de POP, se le diagnostica hemo neumotórax derecho sec. a migración de clavo de osteosíntesis a cavidad pleural derecha por lo que se le coloca sonda de pleurostomía y es referida a nuestra unidad para tratamiento definitivo, por lo que se le realiza en el 18° día de POP toracoscopia con 3 puertos de 10 mm para la extracción del clavo de osteosíntesis a través de uno de los puertos lateral línea

axilar anterior y colocación postoperatoria de sonda de pleurotomía por mismo puerto durante 3 días, siendo egresada al 5° día de POP de toracoscopia, con buena recuperación ventilatoria.

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

071 TC-009

URACO PERSISTENTE

Arellano RC, Orrego JLV, Cázares TR
Hospital Integral de Xicotepec de Juárez Puebla, SSA.

Introducción: Durante el desarrollo embrionario vesical, la alantoides se transforma en uraco, que une la vejiga y al ombligo transformándose en el ligamento umbilical medio, la falta de obliteración genera persistencia del uraco; las presentaciones clínicas son senos uracales, quistes y fístulas. **Reporte del caso:** Escolar de 10 años, antecedentes onfalitis 3er día de vida, historia de dolor crónico en región umbilical e hipogastrio, fiebres, disuria, polaquiuria, tenesmos de repetición, exploración física abdomen blando, región umbilical elevada de la superficie, fetidez discreta, doloroso, hipogastrio doloroso a la palpación profunda, Sus laboratorios Hb 11.4g/dl, Hto. 37%, leucocitos 10 300/mm³, TP 13", TPT 35", urocultivo negativo, EGO: leucocitos 7, bacterias ++. Ultrasonido no concluyente. Realizamos uretrocistografía mostrando paso de contraste en polo superior vesical. Se programó para exéresis del uraco, realizamos llenado preoperatorio delimitando al uraco permeable, realizamos onfalectomía hallando plano de clivaje bordeando la lesión hasta hallar comunicación vesical, se realizó la exéresis, cierre primario vesical, dejamos drenaje al retzius, así como sonda de Foley a derivación retirándose a las 36 hrs. del postoperatorio. Evolución a la mejoría, actualmente sano. **Conclusión:** Los pacientes con uraco persistente son poco frecuentes, el caso evidencia la historia, y el apoyo de los paraclínicos utilizables; cabe mencionar que se ha reportado la degeneración maligna hacia adenocarcinoma, de ahí la importancia de su tratamiento quirúrgico.

072 TC-171

ULTRASONOGAMA COMO DIAGNÓSTICO PRENATAL DE CISTOADENOMA GIGANTE DE OVARIO

Jardi RA, Vargas DA, Sánchez LR, Mayret MM, Colín NMA
Hospital General de México O.D.

Objetivo: Mencionar la utilidad del ultrasonograma para diagnóstico oportuno y prenatal de cistoadenoma gigante de ovario en una recién nacida. **Resumen:** Presentamos el caso de femenino de 3 días de nacida, con diagnóstico prenatal de tumoración abdominal de características quísticas, sin especificar dependencia de órgano; para lo cual se solicita TAC abdominal para corroborar diagnóstico. Es intervenida quirúrgicamente con hallazgo de tumoración quística que ocupa prácticamente una tercera parte de cavidad abdominal con dimensiones de 8 x 6 x 5 cm aproximadamente, dependiente de anexo derecho; se realiza sólo salpingo-ooforectomía ipsilateral, sin complicaciones; el reporte histopatológico corresponde a un cistoadenoma gigante de ovario derecho, la paciente a un año de seguimiento sin complicaciones. **Conclusión:** Hay pocos reportes en la literatura de cistadenomas de ovario en neonatos; y en segundo lugar destacar la importancia del ultrasonograma como diagnóstico prenatal de sospecha que nos oriente a decidir conducta quirúrgica al nacimiento del paciente. ADD: Se cuenta con todas las fotografías.

073 TC-229

VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO. REPORTE DE UN CASO

Rodríguez FP, Velázquez RME
ISEM, HG Dr. Nicolás San Juan, Toluca.

El vólvulo gástrico fue descrito por primera vez en 1866 por Berti, tanto en hombres como mujeres, la incidencia pico es la quinta dé-

cada de la vida, en el 75% se asocia a hernia hiatal y otras hernias diafragmáticas, obstrucción pilórica y adherencias. Puede ser crónico o agudo, hasta 60% son organoaxiales y 30% mesenteroaxiales; en 90% es una rotación anterior y hasta 25% severo (gangrena). Caso clínico: Paciente femenino de 4 años de edad, sin cirugía previa, con desnutrición grado II, que inicia su padecimiento 4 horas antes de su ingreso a urgencias, con dolor abdominal epigástrico intenso e intermitente que se acompaña inicialmente de vómito gastroalimentario y posteriormente sólo arqueo; distensión abdominal progresiva en el lapso de la última hora. EF: se encuentra inquieta, sin tolerar algún decúbito, con fascies de dolor, llanto intermitente, con hundimiento ocular, mucosas deshidratadas, taquicárdica, afebril, con hipoventilación basal izquierda, abdomen globoso y a tensión de predominio en epi-mesogastrio, dolor desde la palpación superficial y con peristalsis de lucha. Se somete a laparotomía con los hallazgos: estómago con torsión organoaxial anterior que se destuerce, arrancamiento parcial del epilón gastrocólico y del vaso gástrico corto inferior que condiciona laceración seromuscular de 6 cm de longitud, la cual se repara con poliglactina del 4-0 surgete invaginante; y datos de isquemia severa en cara posterior y fondo, sin embargo viable por lo que se realiza únicamente gastrostomía de Stam. Cirugía a las 24 hrs. Estómago 100% viable. Transcurre los primeros 13 días con intolerancia gástrica e íleo al intentar la vía oral, es hasta el 15avo día en que tolera dieta sin distensión, y la gastrostomía es retirada a los 28 días.

074 TC-253

PÁNCREAS ANULAR COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTES-TINAL PROXIMAL EN NEONATOS

Guerrero RA, Rascón OP, Salas GA, Silva AAI, Solórzano TF, Meza, Jaime SE, Meza SJC, Hernández RF, Villanueva HJA
Hospital Juárez de México.

Antecedentes: El páncreas anular es una malformación congénita cuyo origen se desconoce. Una posibilidad es que sea la falta de la rotación del brote ventral, que produce involucramiento del duodeno por un anillo de tejido pancreático que puede producir obstrucción parcial o completa del intestino, se clasifican en dos tipos, neonatal y del adulto. La incidencia es de uno en 10,000 nacimientos. **Objetivo:** Describir un caso de obstrucción intestinal por páncreas anular en neonatos. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 1 mes de edad sin antecedentes de importancia, inicia cuadro ocho días previos a su ingreso con náusea y vómito de contenido gástrico al postprandio inmediato, hasta llegar a intolerancia de vía oral, presenta abdomen globoso, distendido, peristalsis disminuida, dolor en cuadrantes superiores a la palpación profunda, timpanismo generalizado. Placa con imagen de doble burbuja, cámara gástrica distendida. **Resultados:** Se realiza LAPE encontrando páncreas anular en segunda porción de duodeno, se realiza cirugía derivativa duodenoyunoanastomosis latero-lateral, el paciente evoluciona satisfactoriamente. **Conclusión:** El páncreas anular es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en el neonato, la imagen de doble burbuja en placa simple es un signo inespecífico que sugiere obstrucción importante. La necesidad de tratamiento quirúrgico depende de los síntomas y grado de obstrucción, no se recomienda reseca la porción anular dado el riesgo de seccionar un conducto importante y por la alta incidencia de fístula duodenal o pancreática, existe consenso general a favor de anastomosis duodeno-duodeno o duodeno-yeyuno.

075 TC-255

TRICOBEOZAR GASTRODUODENAL COMO CAUSA DE PAN-CREATITIS AGUDA GRAVE: REPORTE DE UN CASO

Silva AAI, Guerrero RA, Franco MA, Rascón OP, Jaime SE
Hospital Juárez de México.

Introducción: Bezoar del persa "Padzahr", Pad contra y Zahr veneno. Se define como concreciones retenidas de material animal o vegetal en el tracto digestivo. El tricobezoar es de consistencia de pelo

resistente a la disolución enzimática. La incidencia de tricobezoar es baja y como causa de pancreatitis aún más. **Objetivo:** Describir un caso de tricobezoar en un paciente pediátrico como causa poco frecuente de pancreatitis. **Caso clínico:** Femenino de 16 años con antecedente de LAPE por probable quiste de ovario hemorrágico roto vs apendicitis. Hallazgo: 1,000 cc de líquido hemorrágico y extracción gástrica de tricobezoar (20 x 10 cm). Ingresa a las 48 hr. del postoperatorio con dolor en epigastrio en hemicinturón, poliuria y dificultad respiratoria, a la exploración fiebre, deshidratada y posición en gatillo, abdomen distendido, rebote generalizado con peristalsis ausente. Exámenes de laboratorio sugerentes de pancreatitis. Se toma TAC: bezoar en duodeno, absceso en región pancreática y colecciones en hueso pélvico. **Resultados:** Se realiza LAPE en donde se encuentra 1,000 cc de ascitis, páncreas edematizado, tricobezoar de 10 x 4 cm en 2ª y 3ª porción de duodeno que se extrae por la incisión gástrica de cirugía la previa. Como complicación el paciente desarrolla pseudoquiste pancreático a los 28 días. **Conclusión:** El diagnóstico de tricobezoar previo a sus complicaciones es difícil. El cuadro clínico depende de su localización y tamaño, la pancreatitis como complicación es rara pero ante un cuadro y gabinete sugestivos se tiene que sospechar la enfermedad y establecer el diagnóstico y tratamientos correctos.

076 TC-256

TERATOMA SACROCOCÓGEO: INFORME DE UN CASO

Silva AAI, Guerrero RA, Rascón OP, Limón PA
Hospital Juárez de México.

Introducción: La mayoría de los teratomas de la infancia son sacrococógeos con incidencia de 1 por cada 30,000 nacimientos, se clasifican en IV tipos de acuerdo a su localización y provienen de las 3 capas germinativas. **Objetivo:** Describir un caso de teratoma sacrococógeo en recién nacido. **Descripción del caso:** Femenino recién nacido producto de la 2ª gesta. La madre sin control prenatal previo presenta ruptura prematura de membranas, acude a nuestra unidad donde se realiza ultrasonido obstétrico que reveló producto vivo único intrauterino con masa quística en región sacra. Se realiza cesárea con obtención de producto único vivo intrauterino con tumoración sacra, la cual mide 20 x 13 x 10 cm. **Resultados:** Se realiza cirugía donde se reseca tumoración sacrococógea, la cual no involucra ninguna estructura intestinal o genitourinaria. Se mantiene en la unidad de cuidados intensivos neonatales con evolución favorable. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de teratoma sacrococógeo benigno. **Conclusión:** La mayoría de los teratomas son benignos con calcificaciones y tejido graso con mortalidad baja en los tipos I y II. Mientras que los malignos son sólidos. El éxito en el pronóstico depende de un adecuado control prenatal para tener un diagnóstico y tratamiento oportuno.

077 TC-275

¿DIVERTICULITIS DE MECKEL?

Sergio L, Delgado CC
Hospital Metropolitano, SSA Monterrey NL.

Se trata de paciente escolar de 8 años el cual no tiene antecedentes de importancia para su padecimiento, el cual lo inicia tres días previos a su ingreso al presentar dolor abdominal tipo cólico intenso difuso, acompañado de náuseas y vómito por lo que acuden a médico y da tx médico con mejoría según refiere madre. Tres horas previas a su ingreso presenta de nuevo su sintomatología por lo que acuden al Hospital Metropolitano en mal estado general, caminando en gatillo y con importante dificultad respiratoria. Con datos francos de irritación peritoneal y un abdomen en madera. Con aire libre subdiafragmático en la tele de tórax. Con Hgb de 8 en la BH. Se pasa a qx, lo que se encuentra es una tumoración quística que presentaba mesenterio, en un segmento de ileon a 130 cm de la válvula ileocecal, perforado y sellado, con una peritonitis importante, con colecciones purulentas en huesos pélvicos y libre hacia corredera derecha. Se realiza resección intestinal y EEATT + apen-

dicetomía y lavado de cavidad profuso, se dejan dos drenajes tipo Penrose y se cierra herida qx. Se inicia dieta a los 5 días, y se egresa a los 9 días de EIH asintomático con herida limpia, sin infección. DX. final de patología: divertículo de Meckel perforado.

078 TC-330

APENDICITIS AGUDA POR ASCARIS, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Moscoso AE, Rigchag BA, Pacheco AS
Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, Ecuador.

La apendicitis es una enfermedad frecuente en la práctica médica, sus causas pueden ser múltiples, y «las parasitarias constituyen un grupo que no deja de ser importante». Relatamos un caso de un paciente que presentó un ascaris en la luz del apéndice. Este produjo un cuadro de apendicitis aguda, con las mismas características que una apendicitis común. Casos de parasitosis en los niños han sido estudiados ampliamente, pero apendicitis aguda por ascaris en la luz del apéndice no ha sido reportado en forma documentada. Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 6 años de edad, presenta dolor abdominal generalizado que luego se localiza en fosa ilíaca derecha, con 24 horas de evolución, acompañado de náusea que llega a vómito, 4 horas antes de ingreso presenta deposiciones diarreas fétidas, sin moco ni baba. Exploración física: paciente desnutrido, con facies dolorosa, abdomen distendido, depresible, doloroso en fosa ilíaca derecha, ruidos hidroaéreos presentes, Mac Burney positivo, prueba de talón positivo, psoas positivo. Analítica: Leucocitos: 10,700, neutrófilos 85, linfocitos 24. Examen de heces: huevos de *Trichuris trichuria* ++; huevos de *Ascaris lumbricoides* +++. Ecografía: Engrosamiento de la región apendicular dando la impresión de corresponder proceso inflamatorio agudo. Hallazgos quirúrgicos: ascaris lumbricoides dentro de la luz del apéndice. Discusión: Las parasitosis en los países subdesarrollados y en nuestro medio es muy alta, dentro de los cuales el *Ascaris lumbricoides* es uno de los parásitos que principalmente ataca a los niños. La apendicitis es una complicación frecuente en la práctica médica, sus causas pueden ser múltiples, y las parasitarias constituyen un grupo que no deja de ser importante.

COLON Y RECTO

079 TC-004

COLON TÓXICO SECUNDARIO A CÁNCER DE RECTO

Manzano CA, Benítez GA, Juárez RR, Díaz RF
Departamento de Cirugía General del Hospital General Dr. Donato G Alarcón. Cd. Renacimiento, Acapulco, Gro.

El colon tóxico es una complicación aguda, inflamatoria de diversas enfermedades, con dilatación excesiva y progresiva del colon, que puede terminar en septicemia y que puede confundir al cirujano en el servicio de urgencias, ya que éste puede ser ocasionado por un adenocarcinoma de recto, como el caso que vamos a presentar. Mujer de 52 años de edad, con antecedentes de madre hipertensa, carga genética de polinosis negada, se refiere hipertensa controlada con captopril, refiere padecimiento crónico de constipación previo a su ingreso de tres semanas de evolución, el cual se agudiza hace una semana, caracterizado por dolor difuso generalizado a todo el abdomen, acompañado de distensión abdominal y ausencia de evacuaciones, con sensación de cuerpo extraño en recto. La exploración física T 37, TA 140/80, P80, R20, palidez de tegumentos, distensión importante, dolor a la palpación media y profunda, pero sin localizar un sitio predominante del dolor, timpanismo a la percusión, ausencia de ruidos peristálticos y no existen datos de irritación peritoneal, el tacto rectal, ampulla rectal vacía, no se palpan tumoraciones. La placa simple de abdomen de pie muestra distensión de todo el colon en toda su expresión con paredes engrosadas sin niveles hidroaéreos y con un reporte radiológico de megacolon tóxico. El ultrasonido con distensión importante del marco cólico izquierdo asociado a ílio secundario probable a vólvulos de sigmoides. La colonoscopia

del 28-08-02 un día después de su ingreso, ano perineal normal, el recto sigmoides con distensibilidad y forma alterada a 14 cm. Se observa lesión exofítica estenosante del 85% de luz rectal con áreas de necrosis y hemorragias, se introduce el rectosigmoidoscopio sin poder franquearla se toma biopsia, las cuales se reportan con adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La TAC del 29-08-03 con fines de estadificación, concluye en una tumoración sólida de recto con invasión a la grasa perirrectal con engrosamiento de la mucosa del sigmoides sin evidencia de actividad ganglionar, ni en otros órganos, estadificando un grado II de la Asociación Americana para la estadificación del cáncer. Los exámenes preoperatorios antígeno carcinoembrionario 1.11, grupo sanguíneo O, factor Rh positivo, HG. 12.5, htc 37.6, leucocitos 9,900, glucosa 67, urea 10, creatinina 0.9, electrolitos Na 138, K4.6, Cl 96, TP 11 seg. TPT 27 SEG. Con estos datos se efectúa laparotomía exploradora el día 02-09-02 cinco días de su ingreso hospitalario, realizándose colectomía segmentaria, más histerosalpingo-forectomía bilateral. Los hallazgos transoperatorios: Tumor sólido de recto a la altura de la charretera pélvica sin metástasis y un ganglio pericólico, se realiza anastomosis término-terminal. El reporte histopatológico refiere resección de colon descendente y sigmoides con adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado y estenosante que infiltra todo el espesor hasta la serosa, límites quirúrgicos a 4 cm del tumor sin lesión, con ganglio vecino al tumor sin evidencia de metástasis, revisando 11 ganglios linfáticos distales sin metástasis, útero y anexos con adenomiosis, endometrio atrófico, cervicitis crónica, ovarios atróficos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria iniciando vía oral el séptimo día, tránsito intestinal restaurado y referencia a cancerología para complementar manejo oncológico, donde se trató con quimioterapia a base de 5 fluoracilo con cinco sesiones por mes durante seis meses, con radioterapia 28 sesiones en el cuarto mes de iniciada la quimioterapia. Actualmente se encuentra con buena evolución, sólo refiere frialdad de extremidades y calor pélvico. La colonoscopia de control se reporta libre de tumor. Discusión: El adenocarcinoma de colon puede manifestarse como colon tóxico, se refieren trastornos del tránsito intestinal, y la sensación de cuerpo extraño en el ano. En los estudios complementarios siempre es adecuado un colon por enema, aunque en este caso se evidenció con la colonoscopia, la estadificación del tumor tanto por clínica, radiológica, como por patológica corresponde a un estadio II, del Comité Americano para la Estadificación del Cáncer. Conclusión: En este caso resultó benéfico y concluyente del diagnóstico de la colonoscopia; una colectomía segmentaria, sumada a quimioterapia y radioterapia fueron necesarias para el tratamiento del adenocarcinoma de recto.

080 TC-019

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA APENDICITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DEL VALLE DE MÉXICO

Jaramillo AR, Ovando JE, Gómezcordero LR, Aguilar SJ, Aznar AJ, Ramírez OB, Sánchez RM, Vargas HJ, Ortiz MA
Hospital General Tlalnepantla Segundo Nivel de Atención.

Antecedentes: La causa más frecuente de dolor abdominal agudo es la apendicitis aguda. Una patología de entre los 10 y los 20 años, predominante en el sexo masculino, con incidencia de entre 1-1.5 por cada 1,000 personas al año, su mortalidad va de 0.2 a 0.8 % y puede llegar hasta 5%. **Objetivo del estudio:** Conocer las características epidemiológicas de la apendicitis aguda en la población atendida en el HGT Valle Ceylan y compararlas con las estadísticas nacionales y mundiales. **Material y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional en el periodo del 01-03-00 al 01-03-03 en los pacientes con apendicitis, analizando las variables sexo, edad, fase de apendicitis aguda y la mortalidad. **Resultados:** Se estudiaron un total de 243 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, el 57% correspondió al sexo masculino y el 43% femenino, predominando la tercera década de la vida media 29.5 años, la predominante fue la fase exudativa 56.3%, la fase complicada con 25.9% y la edematosa con 17.6%. La mortalidad fue de 0.8%. **Conclusiones:** En los pacientes manejados en el HGT con diagnóstico de apendicitis prevalece el sexo masculino 1.3 a 1, con predominio en la tercera

década de la vida y se intervienen quirúrgicamente cuando la fase es exudativa. La mortalidad va de acuerdo a las estadísticas nacionales y mundiales.

081 TC-021

DIVERTÍCULO PERFORADO CON FÍSTULA INTERNA A RETROPERITONEO: REPORTE DE UN CASO

García LJ, Martínez A, Escárcega R
Hospital General de Acapulco, S.S. Guerrero.

Objetivo: Presentamos un caso de enfermedad diverticular complicada, en un paciente joven, por perforación hacia retroperitoneo que generó una fístula interna y cuyo diagnóstico se hizo en forma tardía mediante un colon por enema. **Material y métodos:** E.S.L. hombre de 36 años de edad sin antecedentes de interés para el padecimiento actual. Inicia un mes antes de su ingreso, posterior a la ingesta de colecistoquinéticos, con cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal tipo cólico localizado en fosa ilíaca izquierda, sin irradiaciones, que se acompaña de náusea y vómito de contenido gástrico en varias ocasiones, así como fiebre no cuantificada. Es multitratado en otras unidades hospitalarias, sin mejoría, ingresa al Hospital General de Acapulco el 26-03-2002, con misma sintomatología, aunque el vómito es a la ingesta de cualquier alimento, generando una pérdida ponderal de 15 kg, continúa con calofríos y fiebre nocturna y se agregan evacuaciones melénicas. A su ingreso: TA 80/40 mm de Hg, FC: 90x', FR: 22x', Temp. 37°C. Consciente, orientado, palidez de tegumentos +++, subhidratado, campos pulmonares con hipoventilación basal de predominio izquierdo. El abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, blando, depresible, doloroso en puntos ureterales, con Giordano positivo bilateral y hepatomegalia de 3 cm por debajo de la parrilla costal; no hay manifestaciones de irritación peritoneal. Rx de tórax con derrame pleural izquierdo, abdomen con lito colariforme en riñón derecho. El laboratorio a su ingreso mostró Hb: 7.4g, Hto: 22, leucocitos: 17,600, neutrófilos 82% sin desviación a la izquierda. QS con urea de 38, creatinina de 0.8 y glucemia de 64. Dos días después de su ingreso: urea 68, creatinina de 3.15, glucemia de 104 y ácido úrico de 11.4; se ingresó al servicio de urología con el diagnóstico de litiasis renal derecha, IRC secundaria a nefropatía obstructiva y síndrome anémico. El 04-04-2002, es valorado por nefrología indicando manejo conservador para la IRC; un USG de abdomen permitió establecer diagnóstico de colelitiasis crónica litiásica y corrobora el diagnóstico de ingreso de litiasis renal derecha. Urología sugiere nefrectomía derecha por la alta posibilidad de propiciar proceso piógeno, programándose para nefrectomía derecha y colecistectomía, ambas por laparoscopia. La evolución del paciente no es favorable, persiste con fiebre y ataque al estado general, continúa anémico y las evacuaciones melénicas, llegando a presentar hematemesis. Se cancela cirugía programada y se solicita estudio endoscópico, reportando: Esofagitis grado I en tercio medio y grado III en tercio inferior, sin datos de sangrado ni de hernia hiatal. La evolución del paciente continúa siendo mala, persiste febril y con facies de toxoinfección, durante la exploración física apreciamos plastrón en flanco y fosa ilíaca izquierda, por lo que se solicita colon por enema. El 10-03-2002 se realiza el colon por enema con el cual se establece el diagnóstico preciso, se mejoran sus condiciones generales, se transfunde y se somete a laparotomía exploradora al día siguiente. Presentamos imágenes radiográficas de tórax y abdomen, urografía excretora y colon por enema, así mismo se presenta imagen de pieza quirúrgica. **Resultados:** El colon por enema evidencia la perforación de divertículo en sigmoides hacia la corredera parietocólica izquierda por retroperitoneo, favoreciendo la organización de trayecto fistuloso con colección del material por detrás de la flexura esplénica del colon. Quirúrgicamente se realizó sigmoidectomía con colostomía proximal y fístula mucosa distal, se abrió retroperitoneo siguiendo el trayecto fistuloso hasta la cavidad del absceso, drenándose y lavándose exhaustivamente. No se realizó ningún manejo en cuanto a la patología renal y biliar, ya que no existía problema agudo. Su evolución postoperatoria fue buena, recuperándose del proceso séptico. La conexión del tubo digestivo se realiza previa preparación del colon sin complicaciones 4 meses después.

082 TC-026

ENDOMETRIOSIS APENDICULAR, REPORTE DE CASO

Ortiz ZMA, Ramírez OB, Ovando JE, Gómezcordero R, Aguilar SJ, Pazarán MC, Jaramillo AR, García NR, Aznar AJ, Vargas HJ, Pantoja JA, González SP
Hospital General de Tlalneptla Valle Ceylán, Segundo nivel de atención.

Objetivo: Reporte de un caso. Femenino de 25 años con antecedente de dolor abdominal cólico en fosa ilíaca derecha de 3 meses de evolución, con periodos de remisión y exacerbación, relacionado con periodo menstrual, inicia tres días previos a su ingreso con dolor abdominal cólico en fosa ilíaca derecha, relacionado al inicio de menstruación, fiebre, con datos de abdomen agudo y leucocitosis de 12,800. Es sometida a cirugía con el diagnóstico de quiste hemorrágico de ovario vs apendicitis, se encuentra apéndice hiperémico con natas de fibrina en posición pélvica adherida a salpinge derecha y útero, con moderada cantidad de líquido de reacción. El reporte de patología revela endometriosis apendicular. La endometriosis se define como el crecimiento de tejido endometrial fuera de la cavidad uterina. Localizaciones menos frecuentes son el tracto digestivo, cérvix, vagina, trompas de Falopio, vejiga, ureteres, epipión, ganglios linfáticos pélvicos y región inguinal. La frecuencia en el tracto digestivo varía según los autores entre un 12 y 37%. Dentro del mismo la localización más frecuente es la sigmoido-rectal (70%), seguida de la recto-vaginal (13%), cecal (3.6%). La incidencia de la apendicitis por implantes endometriósicos es baja, reportándose en una frecuencia que va desde el 0.5 hasta el 3%. La afectación apendicular se manifiesta clínicamente con dolor en fosa ilíaca derecha simulando un cuadro de apendicitis aguda y el diagnóstico suele ser siempre postoperatorio, aunque a veces datos de la historia clínica de la paciente, como la periodicidad del cuadro, lo pueden sugerir. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

083 TC-035

EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Casillas CL, Gómez HE, Taleri DAG, Ochoa AM, Arenas QR
Hospital General Regional IMSS No. 46.

Antecedentes: El diagnóstico de apendicitis aguda en lactantes y niños es difícil por muchas razones, el paciente es incapaz de brindar una historia, la apendicitis es infrecuente, no así el dolor abdominal agudo inespecífico. Por tales factores, el diagnóstico y el tratamiento muchas veces quedan postergados y se desarrollan complicaciones que hacen difícil el manejo de la enfermedad. La incidencia de perforación en niños menores de un año es de casi el 100% y, a pesar de que decrece con la edad, todavía es del 50% a los 5 años. La apendicitis representa la cirugía abdominal traumática más común en niños de 2 años en adelante. Apendicitis se diagnostica en el 1 a 8% de los niños que presentan dolor abdominal en el servicio de urgencias. **Objetivo:** Se describió la experiencia en el diagnóstico y tratamiento, complicaciones de apendicitis aguda por grupos etarios en el servicio de cirugía pediátrica de HGR. 46. Informe: El estudio que se realizó fue de tipo transversal, observacional, retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron a todos los pacientes a los cuales se les realizó apendicectomía en el HGR 46 en un periodo comprendido de enero del 2001 a diciembre del 2001. Se registraron un total de 153 pacientes pediátricos operados de apendicectomía. Se estudiaron 114 expedientes de pacientes que se les realizó apendicectomía. **Resultados:** Con el presente estudio podemos observar que el hospital donde se realizó registra porcentajes similares con respecto a otras unidades hospitalarias de la comunidad internacional en los renglones de diagnósticos certeros y erróneos, porcentaje de pacientes complicados, y la incidencia en cuanto a las edades y variables de signos y síntomas que presentan los pacientes en los diferentes grupos de edad.

084 TC-041

FASCITIS ABDOMINAL A CONSECUENCIA DE APENDICITIS ATÍPICA

Talleri DAG, Ramírez CV, Hermosillo SJM, Moreno AD-Arenas QR
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente

Antecedentes: La fascitis necrotizante es un problema frecuente en pacientes diabéticos, encontrado predominantemente en el área perineal, el sexo masculino y desencadenado por factores como fístulas anales o infecciones genitourinarias. **Objetivo del estudio:** Reportar caso. **Informe de caso:** Paciente masculino de 60 años de edad, con antecedentes de tabaquismo intenso desde los 15 años, en cantidad de 8 cigarrillos diarios, diabético tipo 2 de 20 años de evolución, no controlado, inicia 10 días previos a su ingreso con dolor abdominal difuso, no especificado y fiebre no cuantificada, automedicado con antibióticos y analgésicos. Cinco días posteriores al inicio del cuadro, presenta aumento de volumen en región inguinal derecha, con cambios de coloración e hipertermia localizada. A su ingreso, sin respuesta inflamatoria sistémica, a la exploración se encuentra masa en región inguinal derecha de aproximadamente 18 x 10 x 5 cm de consistencia dura, fija, con mínimo dolor a la presión. Leucocitosis de 18 mil, glicemias de 190 mg/dl. Se realiza tomografía de abdomen encontrando tumoración pélvica de aproximadamente 15 x 10 x 8 cm. Se decide intervenir quirúrgicamente con diagnóstico de absceso pélvico disecante a pared abdominal, secundario a apendicitis complicada. **Resultados:** Se encontró integridad de ciego e ileon, con gran absceso pélvico, presencia de fascitis en cuadrante inferior derecho, apéndice cecal perforada en su punta y adherida a base de la misma, aproximadamente 200 ml de material purulento en consolidación. Piuria transoperatoria de 400 ml. Se realizó tumorectomía, lavado y drenaje de cavidad + fasciotomías en piel, TCSC y músculos del área afectada. Evolución adecuada y alta a los 7 días de la intervención quirúrgica. **Discusión:** La apendicitis en un paciente anciano y diabético puede tener presentación atípica, con diagnóstico diferencial incluso de hernia inguinal complicada que altere el manejo y el pronóstico, afortunadamente en el caso presentado, no se vio comprometido de gravedad el tubo digestivo por lo que no requirió disfuncionalización intestinal. La piuria transoperatoria se manejó conservadoramente al corroborar inexistencia de fístula vesical.

085 TC-061

COLITIS ISQUÉMICA MÁS ADENOCARCINOMA INFILTRANTE DE COLON

Farías M, Fernández del Valle R, Keller P, Ramírez E, Ricardez J, Liceaga A
Hospital Mocol. México, D.F.

Objetivo: Describir el caso de una paciente con colitis isquémica más adenocarcinoma infiltrante de colon. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 76 años de edad, la cual cuenta con antecedentes de importancia de diabetes mellitus de 10 años de evolución con tratamiento, basándose en hipoglucemiantes orales, apendicectomía, colecistectomía, plastía inguinal izquierda, laminectomía lumbar, gestas 16, partos 14, abortos 2, cesáreas 0. La paciente refiere dolor abdominal intenso progresivo de 24 horas de evolución, tipo cólico, difuso, acompañado de náusea intensa y vómito de contenido gástrico en varias ocasiones, distensión abdominal, sin canalizar gases, evacuaciones presentes pero escasas, diaforesis, astenia, adimania y mal estado general, a la exploración física. TA:100/80, FC:80X', FR: 24X' temp: 36°. Paciente femenina de edad aparente similar a la cronológica, consciente, orientada, regular estado general, fascies algica, posición antálgica, regular estado de hidratación, cabeza y cuello sin alteraciones, tórax normolíneo, área pulmonar con hipoventilación basal, no hay estertores ni sibilancias, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad sin fenómenos agregados, abdomen globoso por distensión abdominal, timpánico, muy doloroso a la palpación de manera difusa, peristalsis disminuida en frecuencia e intensidad, rebote francamente positivo, no se palpan

masas ni visceromegalias. Tacto rectal y vaginal no se realizaron. Extremidades sin evidencia de alteraciones. Ingres a quirófano con dx de abdomen agudo programándose para laparotomía exploradora. Reportando: Tumor intraluminal de sigmoides de 4 x 4 cm, colon tóxico, distendido isquémico. 1,000 cc de líquido serohemático en cavidad. Implante metastásico en cara anterior de hígado de 0.5 mm. Se realiza colectomía total más ileostomía, pasando a UTI donde se maneja con NPT, ventilación mecánica y posteriormente al pasa a piso hemodinámicamente estable y se egresa a domicilio 15 días después. **Conclusiones:** La colitis isquémica requiere un alto índice de sospecha diagnóstica. Es una entidad que se presenta en personas por encima de la 5ta década de la vida. Cuando el compromiso en de la mucosa y submucosa el tratamiento en médico. Cuando el compromiso en transmural y hay deterioro clínico el manejo es quirúrgico. El tratamiento quirúrgico de elección es la colectomía más ileostomía

086 TC-064

USO DE AST, DHL Y AMILASA COMO PREDICTORES DE COMPLICACIONES DE APENDICITIS

Avendaño AAA, García SMJ
Hospital Metropolitano «Dr. Bernardo Sepúlveda».

Antecedentes: La AST, DHL y amilasa se relacionan con diferentes patologías. Es bien sabido, que en casos de isquemia intestinal, éstas se encuentran elevadas, así como en infecciones severas y casos de sepsis. **Objetivo:** Confirmar o descartar la utilidad de la AST, DHL y amilasa, como predictores de perforación y/o complicación apendicular. **Material y métodos:** Se analizaron pacientes ingresados al hospital con diagnóstico de apendicitis aguda, del periodo de enero a junio del 2003, sin importar edad ni sexo. Se midieron los resultados de laboratorio previos a la cirugía y se correlacionaron con los hallazgos histopatológicos. **Resultados:** La distribución por sexo fue de 63.6% masculinos y 36.4% femeninos. La edad se encontró en el rango de 7 a 51 años, mientras que el promedio fue de 28 años. El diagnóstico histopatológico fue de apendicitis edematosa 36.3%, supurada 27.2%, gangrenada 27.2%, perforada 9%. Las enzimas estudiadas no variaron de acuerdo a las diferentes etapas de los cuadros de patología apendicular. La AST se encontró en promedio en etapa edematosa en 21.7 UI, en supurada en 32.6 y en gangrenada en 28. La DHL (valor normal hasta 690) se observó en etapa edematosa en 654 UI, supurada en 635 y gangrenada en 564. La amilasa se encontró en edematosa 41, supurada 40 y gangrenada 33. **Discusión y/o conclusiones:** No podemos usar estas enzimas como productores de complicación apendicular, por lo que la clínica, el tiempo de evolución y la leucocitosis, deben ser los elementos más fidedignos para diagnosticar apendicitis complicada.

087 TC-066

COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA EN MENOR DE 14 AÑOS, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Palomo MV, Gutiérrez OA, Miranda FP, Solórzano TF
Departamento de Cirugía General, Hospital Juárez de México SSA, México D.F 2003.

Antecedentes: La colitis ulcerativa crónica (CUC) se caracteriza por inflamación crónica y recurrente de la mucosa colorrectal sin etiología específica, podemos señalar que es una enfermedad de pacientes jóvenes donde los menores de 15 años representan menos del 15% de la población enferma. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico con confirmación histopatológica. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 14 años de edad sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual que inició 30 días previos a su ingreso con dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad de predominio en cuadrante superior e inferior izquierdo, el cual se acompañó de evacuaciones diarreicas mucosanguinolentas, 6 al día y pérdida de peso de 10 kg. A la exploración se encontró pálido, deshidratado, abdomen globoso, doloroso a la palpación superficial y profunda en marco cólico peristalsis aumentada, tacto rectal con restos hemáticos fres-

cos en guante explorador. Se realiza endoscopia observando pérdida del patrón anatómico y vascular de colon en todas sus porciones diagnosticándose pancolitis, y probable enfermedad inflamatoria intestinal. Histológicamente se reporta ileítis crónica y colitis ulcerativa crónica idiopática con displasia de bajo grado en colon transverso. Se realizó manejo médico con mesalazina y metronidazol, presentando evolución satisfactoria y egreso hospitalario 40 días después sin recaída hasta el momento. **Conclusiones:** Sólo el 15% de los pacientes presenta pancolitis al inicio. El tratamiento incluye el uso de antiinflamatorios, antibióticos y esteroides. La displasia precede al carcinoma colorrectal, por lo que se recomienda colonoscopia anual cuando es de bajo grado y proctocolectomía cuando es de alto grado.

088 TC-071

TUMOR DE CÉLULAS PEQUEÑAS DESMOPLÁSICO PERITONEAL MALIGNO

Rodríguez HN, Moreno AD, Alemán SA, Espinoza HD, Olivares BJ, Camacho PC, Altamirano LM
Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS. Universidad de Guadalajara.

Antecedentes: Los tumores de células pequeñas desmoplásicos peritoneales son neoplasias malignas raras de histogénesis incierta, la cual se presenta en el peritoneo abdominal de pacientes jóvenes con una expresión fenotípica epitelial, mesenquimal y neural siendo de alta agresividad, considerado por algunos autores como un mesotelioblastoma. **Objetivo:** Presentación de un caso de tumor de células pequeñas desmoplásico peritoneal maligno. Informe del caso: Paciente masculino 42 años, originario y residente de Guadalajara Jalisco, ginecoobstetra, con antecedentes familiares de DM 2, Ca. Recto, Ca. páncreas, y antecedentes personales de hemorroidectomía y rino-septoplastia. Presentando de manera ocasional masa palpable abdominal sin otra sintomatología acompañante, a la exploración física abdomen con masas palpables en hemiabdomen inferior localizadas principalmente en FII, realizándole TAC abdominal, la cual demuestra tumor en cuadrante inferior izquierdo al parecer dependiente de colon descendente. Resultados: Se realiza laparotomía exploradora encontrando dos tumoraciones, una en colon transverso y otra en colon sigmoides, además de implantes múltiples en epiplón, peritoneo e hígado, realizándole resección paliativa de colon transverso, descendente y sigmoides, con anastomosis colorrectal término-terminal, evolucionando satisfactoriamente siendo manejado actualmente por el servicio de oncología y quimioterapia. **Conclusión:** Los tumores de células pequeñas desmoplásicos peritoneales malignos son entidades patológicas raras, susceptibles algunos casos sólo de manejo quirúrgico paliativo, siendo la piedra angular del tratamiento la quimioterapia a base de Carboplatino y UPI 6.

089 TC-079

RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS PRIMARIA SIN PREPARACIÓN INTESTINAL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE DE LA DIVERTICULITIS AGUDA DEL SIGMOIDES

Sarmiento HO, Moyeda BR, Rodríguez OM, Gutiérrez GG, Sastré LM, Ortega AI, Priego CMA, Zavala SR
Hospital Regional Monterrey del ISSSTE.

Antecedentes: En el tratamiento urgente de la diverticulitis aguda del sigmoides la resección y anastomosis primaria en un solo tiempo en una cavidad contaminada continúa siendo controversial. **Objetivo:** Informar nuestra experiencia en resección y anastomosis primaria sin preparación intestinal en el tratamiento quirúrgico urgente de diverticulitis aguda del colon sigmoides. **Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo de cirugías urgentes por diverticulitis del colon sigmoides en cinco años. Criterios de inclusión, pacientes operados dentro de 48 horas de la valoración inicial por el cirujano, con diagnóstico anatomopatológico comprobado en el postoperatorio. Excluir pacientes que recibieron preparación del colon, con fístulas colovesicales o cologenitales y casos de cirugía electiva. Usamos la clasificación de Hinchey para

analizar la severidad de diverticulitis por caso. **Resultados:** 57 pacientes incluidos. Aproximadamente dos tercios de cada grupo fueron hombres. El primer grupo, 30/39 tenían enfermedad grados uno y dos de Hinchey, mientras que en el grupo de procedimiento de Hartmann, 12/18 se encontraban en los grados tres y cuatro. Encontramos mortalidad mayor en grupo de colostomía (22.2%) que en el de cierre primario (5.1%). Nuestro índice de mortalidad global fue 10.5%. La mortalidad en nuestro grupo de cierre primario va acorde al rango de mortalidad reportado en la literatura occidental. Estancia hospitalaria, reintervenciones, readmisión en urgencias y mortalidad fueron mayores en el grupo de operación de Hartmann. **Conclusiones:** Resección con anastomosis primaria sin preparación del colon, como tratamiento quirúrgico urgente de diverticulitis aguda del sigmoides, ha tenido una aceptable morbilidad y mortalidad en nuestro hospital.

090 TC-082

CUERPOS EXTRAÑOS EN RECTO: UN PROBLEMA MÉDICO VIGENTE. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

Rosas FM, Gaxiola WR, Toledo NR, Henestrosa PK, Vargas TE, Ibáñez GO
Hospital General de México O.D.

Antecedentes: La variedad de objetos que se introducen en el recto y quedan atrapados por el esfínter anal, está limitada solamente por la imaginación. Prácticamente, cualquier objeto que se piense puede ajustarse en el recto ha sido usado en alguna ocasión, ya sea para estimulación sexual o alguna clase de agresión criminal. Algunos de los cuerpos extraños más comunes involucrados son; vibradores, latas de talco para bebés, botellas de todas formas, termómetros etc. **Objetivo:** Mostrar la experiencia del Hospital General de México en el manejo de esta patología. **Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo en el cual se analizaron los expedientes con el diagnóstico señalado, describiendo el tipo de evaluación médica, el objeto involucrado, el tratamiento y el éxito alcanzado en la extracción de dichos objetos. **Resultados:** La evaluación de estos pacientes se llevó a cabo con exploración clínica y radiología. El 95% de los objetos se encontraron en un nivel bajo o medio de hasta 10 cm, los cuales requirieron de anestesia regional y extracción transanal, el 5% restante se encontraba en el recto superior o sigmoides requiriendo laparotomía para su extracción. Los objetos que se involucraron con esta situación fueron botellas de cualquier tipo, vibradores y legumbres (zanahorias, plátanos, pepinos). La morbimortalidad fue mínima, reportándose un deceso y complicaciones menores anorrectales. **Conclusiones:** Una de las principales recomendaciones para resolver esta situación es utilizar el ingenio, además de evitar daños al complejo esfinteriano, utilizar sedación o anestesia regional e intentar la extracción transanal como primera opción en todos los casos, dejando como último recurso la celiotomía.

091 TC-087

LESIONES EN ANO-RECTO POR CUERPOS EXTRAÑOS

Villarreal J, Cruz C, Coyoli O, Hernández L, García N, Toledo C, Herrerón J, Stahl E, Bonilla A, González S.
Servicio de Coloproctología y Cirugía General. Hospital General Xoco y Hospital Regional Adolfo López Mateos ISSSTE.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas, tratamiento y complicaciones de pacientes por cuerpos extraños en ano recto. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo, observacional que incluyó pacientes que con el diagnóstico de presencia de cuerpos extraños anorrectales acudieron a las instituciones participantes en el período comprendido entre el 1 de marzo de 1995 y el 31 de marzo del 2002, se consideraron como variables de interés edad, sexo, mecanismo de lesión, tiempo de evolución, diagnóstico, tratamiento y complicaciones. Se utilizó estadística descriptiva y se consideró como significancia estadística a valores de $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyó para la realización de este estudio a 83 pacientes de los cuales el 92% eran del sexo masculino y el 8% del sexo femenino,

con edad promedio de 48 años (16-65), El mecanismo de producción de la lesión fue agresión 27%, estímulo sexual 15%, caídas 7%, otras causas 51%. El tiempo de evolución fue de menos de 24 horas en el 32%, de 24 a 48 horas en el 45%, de 72 a 106 horas en el 18% y más de 106 horas en el 5%. El diagnóstico se efectuó por tacto rectal en el 85%, por Rx simple de abdomen en el 12% y a partir de la realización de laparotomía en el 3%. El 86% de la totalidad de la muestra no presentó datos de abdomen agudo por lo que se realizó extracción bajo anestesia regional colocando al paciente en posición de navaja sevillana. El 14% restante presentó abdomen agudo y se realizó laparotomía exploratoria efectuando colotomía y cierre primario en 12 pacientes mientras que en 2 pacientes fue necesaria la realización de cirugía derivativa. **Conclusión:** Los cuerpos extraños en ano recto, se encuentran generalmente en pacientes del sexo masculino, el 86% pueden ser extraídos por vía transanal, la adecuada y oportuna intervención se asocia a un adecuado pronóstico.

092 TC-095

RESECCIÓN DE VÓLVULUS DE SIGMOIDES CON ANASTOMOSIS PRIMARIA. REPORTE DE UN CASO

Díaz SC, González CJ, Bevia PF
IMSS HGR 196 Fidel Velázquez.

Antecedentes: El vólvulus de sigmoides ocurre con una frecuencia del 6.1% del total de las oclusiones intestinales. Son más frecuentes en el sigmoides. La resección con anastomosis primaria no es el tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes. **Objetivo:** Describir el caso de una paciente con obstrucción intestinal secundaria a vólvulus de sigmoides en quien se realizó sigmoidectomía y anastomosis primaria, resolviendo en 1 tiempo con amplio margen de seguridad la urgencia. Sede: Hospital Regional 196 del IMSS, Cd. Azteca, Edo. de México. **Descripción del caso:** Femenino 42 años sin antecedentes, cuadro de 5 días de evolución con evacuaciones líquidas 4 a 5 al día, dolor abdominal difuso con distensión abdominal en las últimas 24 hrs, estado nauseoso sin vómito; obstipación y constipación. Exploración física: Quejumbrosa, taquicárdica, regularmente hidratada, palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen distendido, timpánico, dolor a la palpación media y profunda en epigastrio y mesogastrio, peristalsis discretamente aumentada, no irritación peritoneal. Radiológicamente el abdomen con imagen clásica de vólvulus de sigmoides. Efectuamos laparotomía exploradora con obstrucción intestinal por vólvulus de sigmoides, realizándose sigmoidectomía y anastomosis primaria en dos planos, siendo motivada esta decisión la edad de la paciente, el buen estado nutricional, ausencia de descontrol hidroelectrolítico, el hecho de no presentar manifestaciones sistémicas de sepsis y ausencia de perforación. Egresó del servicio al sexto día por mejoría clínica; a las 48 hrs de haber sido operada se restableció el tránsito intestinal, alta definitiva a los 15 días del postoperatorio. **Conclusión:** El vólvulus de sigmoides puede tratarse con resección del segmento afectado y anastomosis primaria en aquellos pacientes en que sus condiciones clínicas no sean de alto riesgo, con un muy elevado margen de seguridad; desde luego tomando en cuenta las condiciones del peritoneo y del asa afectada durante el transoperatorio, es decir, ausencia de perforación, y un proceso isquémico circunscrito exclusivamente al vólvulus. Hasta la fecha en la mayoría de los casos la conducta que se prefiere como electiva es la resección del segmento intestinal con colostomía derivativa, lo que conlleva la necesidad de un segundo tiempo quirúrgico.

093 TC-098

GANGRENA DE FOURNIER

Jiménez BB, Osorio HR, Charua GL, Navarrete CT
Hospital General de México.

Antecedentes: En 1883 Fournier describió una infección del área perianal con evolución fatal. La etiología más común es colorrectal (33%), idiopático (26%) y genitourinario (21%). La mortalidad se eleva en origen colorrectal (uno de cada tres muere). **Objetivo:** Describir

un caso de gangrena de Fournier. Sede: Hospital General de tercer nivel de atención. **Descripción del caso:** Masculino de 47 años con padecimiento de 15 días de evolución con dolor perianal, aumento de volumen derecho y fiebre de 38 °C. Manejado con antibióticos y sediluvios sin mejoría. Acude a nuestro hospital con temperatura de 39 °C, taquicardia, deshidratación y desorientación leve. Región inguinoescrotal con edema, rubor y necrosis, con fluctuación, crepitación y salida de pus de región perianal. El laboratorio reportó leucocitos de 51,300, neutrófilos 86%, 8 bandas, albúmina 1.9, urea 123, glucosa y tiempos de coagulación normales. Se inició reanimación hidroelectrolítica. Se descartó origen urológico. Se colocó sonda Foley y desbridación hasta observar tejido viable: área escrotal hasta túnica albugínea, espacio perianal hasta nivel de línea dentada, fosa isquirrectal y postanal profundo hasta músculos elevadores. El aparato esfinteriano se encontró íntegro. El paciente se manejó con eritapenem por 10 días, catéter epidural y lavados quirúrgicos subsecuentes, con evolución satisfactoria y función rectal normal. **Conclusión:** La gangrena de Fournier es relativamente común con alta morbimortalidad, cuya mortalidad se eleva (33%) si es de origen colorrectal. El tratamiento está encaminado a un manejo médico y quirúrgico agresivo. En caso de destrucción del esfínter, perforación colorrectal o lesión rectal grande está indicada la colostomía.

094 TC-123

FÍSTULA COLOUTERINA. REPORTE DE UN CASO

Ortiz MAL, Alarcón AI, Lozano MF, Juárez SA
Hospital General de Zona No. 30. IMSS.

Femenino 57 años. Antecedente de tuberculosis renal tratada hace 2 años. Padecimiento de 2 años con pujo, tenesmo, meteorismo y dolor cólico en FII, tratamiento con mejoría parcial. En agosto 2002 inicia leucorrea fétida, espesa, un mes después presenta sangrado transvaginal escaso a moderado, realizándose legrado-biopsia en HGZ Troncoso. A su egreso presenta salida de restos alimentarios por vagina y leucorrea fétida. Es referida con diagnóstico de fístula rectovaginal. EF: abdomen blando, depresible, dolor leve a la palpación profunda en hipogastrio, TV útero: anteversión, doloroso a la movilización anteroposterior, plastrón en cara anterior, especuloscopia salida de materia fecal por cérvix, no se visualiza fístula rectovaginal. Se realizan colon por enema e histerosalpingografía. Se establece diagnóstico de fístula colouterina. Efectuándose laparotomía exploradora, encontrando plastrón conformado por vejiga (cara posterior), útero (cara anterior) y colon sigmoides, trayecto fistuloso de sigmoides a istmo uterino, realizando histerectomía total abdominal + SOB, sigmoidectomía con anastomosis término-terminal. Evolución satisfactoria, se egresa al 9o día, seguimiento por CE sin complicaciones. Reporte anatomopatológico: Cervicitis erosiva superficial. Perforación transmural ístmica, endometritis aguda focal. Microabscesos intramurales al miometrio, al ovario y tuba derecha. Status post-LUI. Sigmoides: perforación transmural parcialmente sellada. Inflamación aguda abcedada de apéndices epiloicos. Padecimiento de baja frecuencia. De etiología relacionada con colitis, perforación diverticular y traumatismos (cirugía) uterinos. Siendo el grosor de la pared uterina un factor protector para su presentación.

095 TC-125

REPORTE DE CASO: HEMANGIOPERICITOMA EN MESOCOLON

Ramos G, Medina-Franco H, Lome C
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Antecedentes: El hemangiopericitoma es una neoplasia poco frecuente. Se han reportado sólo tres casos en mesocolon. **Objetivos:** Reportar un caso de hemangiopericitoma en mesocolon. **Material y métodos:** Revisión retrospectiva de un caso de un paciente con tumor abdominal resecado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". **Resultados:** Mujer de 60 años hipertensa, con resto de antecedentes irrelevantes para padecimiento actual, el cual inició en junio del 2002 con diarrea, pérdida de peso, náusea y vómito, se le hizo diagnóstico de gastroenteritis recibiendo

en varias ocasiones tratamiento médico con lo cual mejoró poco la sintomatología. Hasta enero del 2003 que se practicó ultrasonido abdominal reportándose presencia de neoplasia, la cual fue posteriormente estudiada mediante tomografía computada donde se encontró dependiente de mesenterio. En enero del 2003 se somete a laparotomía exploradora encontrando tumoración en mesenterio dependiente de mesocolon transversal realizándose colectomía transversal más resección de la tumoración. Patología reportó tumoración de 16 por 13 cm dependiente del mesocolon; histológicamente se documentó tumor fusocelular CD34+, CD31, FBI, actina, desmina y vimentina+, dándose el diagnóstico de hemangiopericitoma. Actualmente la paciente se encuentra asintomática a 7 meses de seguimiento. **Conclusión/discusión:** El hemangiopericitoma es un tumor raro que es difícil de distinguir de otras neoplasias vascularizadas. Su comportamiento clínico es variable.

096 TC-133

INTUSUSCEPCIÓN ILEOCÓLICA DEL ADULTO, MANEJO QUIRÚRGICO, REPORTE DE UN CASO

Barrera RF, García BJL, Zavala LM, Garza SV, García PMA
Hospital General de México.

Paciente femenina de 38 años de edad, con antecedente de cesárea 3 meses previos al cuadro, el cual inicia 10 días previos a internamiento en el servicio de urgencias del hospital al referir dolor de tipo cólico inicialmente epigástrico con duración de 2 minutos y frecuencia de 3-4 episodios/hora, posteriormente con generalización a todo el abdomen sin acompañantes, manejado con analgésicos, antibióticos y anti H2, agregándose 48 horas previas al ingreso constipación, náuseas y vómito gastrobiliar, el cual aliviaba parcialmente el cuadro doloroso, distensión leve y síntomas generales por lo que acude al servicio. A la exploración física con abdomen levemente distendido con dolor en hemiabdomen inferior con datos dudosos de irritación peritoneal, peristalsis disminuida, con presencia de plastrón mal definido en mesogastrio, ligeramente móvil, y doloroso a la manipulación. Rx de abdomen irrelevantes, bioquímicamente con neutrofilia. Se decide llevar a quirófano con diagnóstico de abdomen agudo secundario a probable tixiloma vs apendicitis complicada, con hallazgos de intususcepción ileocólica secundario a tumor de ciego con presencia de ganglios mesentéricos positivos, por lo que se realiza hemicolectomía derecha con ileotransversoanastomosis. La relevancia de este caso radica en la baja frecuencia de la oclusión intestinal secundaria a intususcepciones en el grupo de edad adulta (menos del 5% de los casos), desencadenadas en más del 70% por tumores pivotes del intestino telescopiado, por lo que el manejo quirúrgico debe ser enfocado a resecciones curativas de procesos malignos aun y cuando exista la viabilidad para reducir el asa atrapada.

097 TC-147

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Díaz de León L, Villalpando C, González GP
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"

Antecedentes: Trastorno autosómico dominante. Clínica: Poliposis intestinal (Hamartomatosos) y pigmentación mucocutánea, (Melanina) en labios, mucosa oral, párpados, dedos de las manos, región plantar, genitales. Hay pólipos en cualquier parte de tracto gastrointestinal, gástricos 25-49%, intestino delgado 70-90%, colon 26% y recto 24%. Dx se hace en 1ª. década de la vida, con intususcepción, dolor abdominal, hemorragia del tubo digestivo o protrusión de pólipos a través del recto. Presentación del caso: Hombre 37 a, su padre padeció Sx de Peutz-Jeghers, falleció con adenoma de colon. Tía y primo paterno con Sx de Peutz-Jeghers. Debuta a los 15 a con oclusión intestinal: Intususcepción. 1991, polipectomía endoscópica. 1997, polipectomía en duodeno. Noviembre 2002, colonoscopia: pólipos, de recto a ciego, Bx y reporte de adenoma túbulo-velloso. Enero 2003, cirugía programada: colectomía total, resección de la 4ª. porción del duodeno y 25 cm de yeyuno proximal; tres enteroto-

mías: a 50, 20 y 30 cm respectivamente del punto previo y resección de 40 cm de ileon proximal, anastomosis duodeno-yeyuno; yeyuno-ileal e íleo-recto término-terminal, cierre primario de tres enterotomías. Patología: pólipos hamartomatosos intestinales múltiples, con cambio adenomatoso focal en uno. **Conclusiones:** La baja frecuencia del Sx obliga a sospechar el Dx en la cirugía y confirmar por patología. Se someten a cirugía por HTDA, HTDB y oclusión, por intususcepción intestinal a corta edad. El tratamiento se enfocará a resolver cuadros urgentes y evitar resecciones intestinales amplias, con endoscopia transoperatoria para localizar sitio de hemorragia. Evitando el Sx de intestino corto. Reservando resecciones amplias, cuando hay cambios premalignos.

098 TC-159

PERFORACIÓN COLÓNICA POR CATÉTER DE DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Román CB, Martínez HMP, Villanueva SE, Zavala MJ, Rojas IMF
Departamento de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F.

Antecedentes: Se han descrito múltiples complicaciones abdominales asociadas a catéter de derivación ventriculoperitoneal (DVP) representando del 10 a 25%. Éstas incluyen pseudoquistes peritoneales, pseudotumor del mesenterio, vólvulus intestinal, extrusión del catéter a través de la vagina, interior del escroto y ombligo. La perforación colónica es extremadamente rara, representa aproximadamente 0.1-0.7%. **Objetivo:** Presentación de un caso de perforación colónica por catéter de DVP y revisión de la literatura. **Informe de caso:** Femenino de 34 años con ant. de cisticercosis cerebral, crisis convulsivas e hidrocefalia secundaria de 2 años de evolución. Se le realizó derivación ventriculoperitoneal 2 años previos, ameritando recolocación contralateral de sistema un mes después por disfunción. Una semana previa a su ingreso presenta posterior a defecación sensación de salida de cuerpo extraño por ano, se presenta con cada defecación con reducción espontánea. A su ingreso neurológicamente íntegra. Abdomen blando, no doloroso, sin datos de irritación peritoneal. Rx simples de abdomen muestran catéter de DVP en el trayecto del colon descendente, sigmoides y tercio superior de recto. Colonoscopia muestra catéter dentro del colon izquierdo. Se realizó exteriorización del sistema a nivel cervical. LCR turbio con datos de infección. Se realizó LAPE encontrándose catéter de DVP con penetración en colon descendente rodeado de tejido fibroso en sitio de entrada al colon. Se realizó colotomía y se extrajo catéter con cierre primario en dos planos. El cultivo de LCR desarrolló *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacter faecium*. Se dio manejo antibiótico y se retiraron sistemas de derivación. No requirió nueva DVP. Evolución satisfactoria y fue dada de alta. **Conclusiones:** La perforación colónica tardía por catéter de derivación ventriculoperitoneal es extremadamente rara. La mayoría se presenta sin signos abdominales de peritonitis. El diagnóstico es obvio cuando el catéter protruye a través del ano y debe sospecharse en pacientes con diarrea prolongada con cultivos estériles, infección de sistema de derivación por gram negativos y en pacientes con dolor abdominal con DVP se debe excluir esta posibilidad. El manejo debe ser individualizado, puede ser removido percutáneamente, transanal o endoscópicamente transcolonoscopia. Ante la duda se justifica la realización de laparotomía. En pacientes con peritonitis u otras complicaciones abdominales se realiza laparotomía.

099 TC-162

APENDICITIS CRÓNICA, REPORTE DE UN CASO

Zavala JC, Pavón N, Castillo C, Montalvo E, Solorio J, Aragón A, Aranda G, Vega F, Hervert J, González G

Antecedentes: La apendicitis es la principal urgencia quirúrgica en su fase aguda debido a la alta morbimortalidad de sus complicaciones. Es difícil encontrar casos de apendicitis crónica sin tratamiento

médico y sin complicaciones sépticas. **Objetivo:** Reportar un caso de apendicitis crónica sin tratamiento médico o complicaciones sépticas secundarias. **Informe del caso:** Masculino de 46 años de edad con cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio, sin factores desencadenantes o atenuantes. A la exploración física sin datos relevantes. Se realizó una TAC la cual evidenciaba una tumoración compatible con quiste mesentérico. **Resultados:** Se realizó una laparotomía exploradora donde se encontró una tumoración dependiente de mesenterio, asas de ileon y ciego las cuales encapsulaban el tercio distal y medio lisado. Conservando el tercio proximal íntegro. **Conclusiones:** Al igual que la literatura mundial, los casos de apendicitis crónica dan sintomatología inespecífica y generalmente es un hallazgo transquirúrgico.

100 TC-163

APENDICITIS POSTRAUMÁTICA. REPORTE DE UN CASO

Zavala JC, Pavón N, Castillo C, Montalvo E, González G, Aragón A, Aranda G, Vega F, Solorio J, Aragón F, Camps C.

Antecedentes: En la literatura mundial hay reportados pocos casos de apendicitis postraumática, por lo que es una causa rara de patología apendicular en la población mundial. Por lo que es importante tenerla en cuenta sobre todo en la población infantil. **Objetivos:** Reportar un caso de apendicitis postraumática, la cual es una causa rara de apendicitis. **Informe del caso:** Masculino de 5 años de edad con el antecedente de caída de bicicleta y trauma abdominal contuso. El cual 24 hrs posteriores inicia con dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha, por lo que es llevado al servicio de urgencias donde se evidencia sintomatología y hallazgos de laboratorio compatibles con cuadro apendicular. **Resultados:** Se realizó celiotomía evidenciando apéndice fracturada en su tercio medio con salida de material intestinal, por lo que se realizó apendicectomía y lavado de cavidad. El estudio histopatológico evidenció apéndice sin patología. **Conclusiones:** La apendicitis postraumática es una causa rara de patología apendicular, se presenta principalmente en pacientes pediátricos; la sintomatología es similar a un cuadro inflamatorio apendicular y la similitud con los hallazgos de laboratorio es secundario a la fuga de material intestinal en cavidad abdominal.

101 TC-164

CÁNCER DE COLON ASOCIADO A COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA INESPECÍFICA

Pérez AJ, González GCP, Martínez HMP, Villanueva SE
Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI México DF.

Antecedentes: El riesgo de cáncer en pacientes con CUCI es del 5.5 al 21%. Son raros los casos publicados debido a que estos pacientes se operan cuando se detecta la displasia. **Objetivo:** Documentar un caso de cáncer de colon en un paciente con CUCI. **Informe del caso:** Masculino de 33 años de edad, con antecedente de CUCI de 16 años de evolución. Fue referido a nuestro servicio por presentar una estenosis del colon izquierdo. Clínicamente se encontró desnutrido, con mucosas pálidas, deshidratadas, el abdomen distendido, timpánico, sin masas palpables, sin irritación peritoneal, los ruidos intestinales disminuidos. Las placas de abdomen con asas de delgado distendidas y con niveles hidroaéreos, la TAC de abdomen (masa en ángulo hepático del colon sin involucrar estructuras vecinas, hígado sin metástasis), el colon por enema (estenosis del 90% del ángulo hepático), no se logró franquear la estenosis con el colonoscopia. Los estudios paraclínicos con Hb: 12.2, Hto: 37.0, leucocitos: 11,700, glicemia: 91, creatinina: 0.8, proteínas totales: 5.3, albúmina: 1.7. La cirugía realizada fue una colectomía subtotal más ileostomía terminal. La evolución en el postoperatorio fue satisfactoria. El reporte histopatológico: Adenocarcinoma mucinoso de tipo coloide, con infiltración transmural de la pared y extensión al tejido adiposo pericolónico, con penetración vascular linfática, sin evidencia de neoplasia en 61 ganglios linfáticos peritumorales y distales. **Discusión:** La colitis ulcerativa es un factor de riesgo para cáncer colorrectal. Ocurre en pacientes sin

un control colonoscópico adecuado y se diagnostica en etapas tardías por su tendencia a crecer hacia la pared del intestino, ocasionando pocos síntomas. Los pacientes con CUCI deben ser referidos a un servicio con experiencia que les ofrezca un seguimiento adecuado y el manejo correspondiente cuando desarrollan cáncer. **Conclusiones:** La cirugía radical en pacientes con cáncer colorrectal asociado a CUCI es la mejor alternativa y ofrece la posibilidad de curación aun en etapas avanzadas.

102 TC-168

MUCOCELE APENDICULAR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Marquina RM, Villanueva HJA, Díaz CI, Osnaya IC, Aldama RR, Salas GA, Torres RJA, Elizondo HJL, Solórzano TFA
Médicos residentes de Cirugía General. Hospital Juárez de México.

Introducción: El mucocele apendicular es una entidad con baja frecuencia, bien reconocida, presentándose con una miríada de síndromes clínicos o como hallazgo quirúrgico. La diferenciación clinicopatológica es importante porque el tratamiento varía desde apendicectomía hasta hemicolectomía; sus complicaciones y pronóstico varían de acuerdo a la extirpe histológica. **Caso clínico:** Masculino de 75 años que presentó cuadro de 5 días con constipación y dolor abdominal, manejado con enemas evacuantes, sin mejoría. Se encontró con abdomen distendido, defensa muscular involuntaria, gasto por sonda nasogástrica de características fecales y deshidratación. Placa simple de abdomen con distensión de asas intestinales y nivel hidroaéreo en fosa ilíaca derecha. Se realizó laparotomía encontrando apéndice cecal congestivo con material mucinoso no fétido en su interior, sin tumoración aparente, realizándose apendicectomía. Reporte definitivo: mucocele simple apendicular. **Comentario:** El mucocele es una dilatación quística del apéndice cecal que contiene material mucoso; la mayoría se diagnostica transoperatoriamente (60%). Sólo un tercio de los mucoceles son malignos, y debe realizarse hemicolectomía cuando la lesión es sugestiva de malignidad.

103 TC-179

DOLICOCOLON ASOCIADO A VÓLVULOS

López MJA, Palacio VF, Martínez RO, Granja PE, Acosta MA, Trejo RA, García AL
Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: El vólvulos de colon definido como la torsión del mismo sobre su propio eje constituye una urgencia abdominal frecuente en pacientes ancianos o con enfermedades que alteran la motilidad del colon. **Objetivo:** Presentar el caso de paciente que presentó vólvulos de colon asociado a dolico colon. **Caso clínico:** Femenino de 76 años antecedente de hipotiroidismo postiroidectomía total por carcinoma de tiroides, hipertensión arterial sistémica, EVC hemorrágico por crisis hipertensiva causando parálisis de hemicuerpo izquierdo y estreñimiento crónico. Acude por cuadro de obstrucción intestinal baja de 4 días de evolución. Encontrándose abdomen con distensión importante, peristalsis de lucha y ruidos metálicos, doloroso a la palpación media y profunda, sin datos de irritación peritoneal. Las radiografías simples de abdomen muestran imagen de vidrio despulido generalizado y gran dilatación de hemicolon izquierdo, el colon por enema muestra gran dilatación de hemicolon izquierdo y recto, con obstrucción completa de colon transversal a nivel de ángulo esplénico. Se somete a laparotomía exploradora encontrándose megarrecto, megacolon izquierdo de 22 cm de diámetro y vólvulos de colon transversal a nivel de ángulo esplénico, con resto de colon e intestino delgado normal, se realiza hemicolectomía izquierda con colostomía de Brooke y bolsa de Hartmann. La paciente presentó buena evolución y fue egresada al sexto día de postoperatorio. **Conclusión:** Las patologías asociadas a disminución de la motilidad colónica pueden asociarse a dolico colon y vólvulos.

104 TC-186

HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL BAJA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Jaime ZM, Martínez HMP, Villanueva SE, Barrera RC, Rojas IFM, Malagón RM

Departamento de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS.

En el curso de la leucemia puede presentarse un segundo patrón de agresividad, y a menudo también afectar otros órganos o tejidos, tales como el tracto gastrointestinal, hígado, piel o hueso. La hemorragia severa en pacientes con leucemia es usualmente causada por trombocitopenia y en otros casos por erosión mucosa. Los sitios más frecuentes de involucro son el estómago, ileon y colon. En raras ocasiones se presenta infiltración leucémica en región perianal y puede ser la primera manifestación cutánea. Reporte de caso: Hombre de 70 años de edad, quien presenta hematoquezia y rectorragia, tiene el antecedente de DM de 10 años de evolución controlado con glibenclamida. Mediante videocolonoscopia se detectaron úlceras en ciego con mínimo sangrado. Por persistencia de hemorragia se realizaron eritrocitos marcados, documentándose hemorragia hacia flanco derecho. Se intervino quirúrgicamente, realizándose hemicolectomía derecha e ileostomía terminal. Fue valorado por servicio de Hematología, concluyendo en el diagnóstico de leucemia aguda mielóide promielocítica, con: Frotis de sangre periférica. 10.4 metamielocitos, 24.4% promielocitos, 16% mielocitos, 20% bandas, 2% segmentados, algunas células con núcleo convuelto. DHL 1370 UI. Aspirado de médula ósea. 60% promielocitos. El reporte de patología de dicha pieza quirúrgica fue de infiltración transmural extensa por células de leucemia mielóide, con cambios isquémicos crónicos y úlcera aguda. Discusión: Muchos órganos no linfoides pueden ser infiltrados, sin dar manifestaciones en vivo, siendo demostrado sólo durante la necropsia. El involucro del tracto gastrointestinal puede ocurrir independientemente del estado de la médula ósea. Existen reportes de estudios como el de Prolla en que se realizaron 148 necropsias en pacientes con leucemia y se demostró involucro gastrointestinal, específicamente del colon en un 20% de los mismos. Las lesiones por infiltración leucémica del colon se clasificaron en 5 tipos macroscópicos: 1) Engrosamiento en placa, 2) Lesiones nodulares, 3) infiltración difusa, 4) Poliposis leucémica y 5) Ulceración. La ulceración de la mucosa del colon ocurrió por sobrecrecimiento micótico y/o bacteriano en la mucosa, sea por infiltración leucémica con necrosis. Las variedades más comunes son la nodular y en placa. Las capas leucémicas involucran la capa muscular más frecuente que la variedad nodular y la formación de placas tiene más asociación y tendencia a la perforación intestinal. La complicación más común del involucro leucémico del intestino y la causa más frecuente de muerte es la hemorragia masiva.

105 TC-190

APENDICITIS AGUDA: TRASTORNO QUIRÚRGICO ABDOMINAL AGUDO MÁS FRECUENTE. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PARA EVITAR CIRUGÍAS NO NECESARIAS

Burgos OV, Kuri AR, Blanco TR, Torres SMA
Hospital de Especialidades del ISSSTEP, Puebla.

Introducción: La relación de la apendicitis aguda que requiere apendicectomía ha disminuido de manera importante. La precisión del diagnóstico preoperatorio debe ser 85%, si es menor es probable que se practiquen operaciones innecesarias y procede un diagnóstico diferencial más riguroso. **Objetivo:** Dar a conocer en nuestro medio la prevalencia de cirugías sospechadas inicialmente como apendicitis aguda y que por resultado histopatológico no demostraron proceso inflamatorio, y así demostrar la importancia del diagnóstico diferencial preoperatorio. Esto en edad de pacientes más comúnmente afectados. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, transversal, en el Hospital de Especialidades del ISSSTEP donde se integraron los expedientes clínicos de pacientes entre 10 y 40 años de edad que ingresaron con diagnóstico de apendicitis aguda y que se sometieron a exploración quirúrgica. Se demostró por estudio histopatológico la ausencia de inflamación del apéndice cecal. Se recabaron los siguientes datos de los expedientes: la edad, sexo, cuadro clínico (signo de Mcburney, dolor migrato-

rio y persistente, hiporexia y vómito) y cuenta leucocitaria. El estudio se realizó del primero de enero de 1999 al treinta y uno de diciembre del año 2002. Resultados: En el estudio se analizaron 534 expedientes de pacientes con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda. Se reportó por medio del estudio histopatológico 97 casos de pacientes que no presentaron datos de inflamación en el apéndice cecal lo que significó el 18.16% del total de pacientes. Dentro del grupo de pacientes en estudio el 97% fueron mujeres (93) y solamente el 3% (3) fue hombre. De los 97 pacientes con dolor en fosa ilíaca derecha y signo de Mcburney positivo sugerentes de apendicitis aguda presentaron menos del 56%: dolor migratorio, anorexia, vómito, persistencia de dolor y leucocitosis. **Conclusiones:** La importancia en el diagnóstico diferencial es mucho más amplio en mujeres que en hombres, sobre todo en etapa fértil. Se deberá ser más meticuloso antes de la indicación quirúrgica en pacientes con sospecha de apendicitis aguda, sobre todo si se encuentran entre los 10 y 40 años de edad y no presentan los signos y síntomas constantes de la apendicitis, ya que esto disminuye morbilidad y costos.

106 TC-199

ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG DE SEGMENTO CORTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Esmer SD, Álvarez-Tostado FJF, Pinedo J, Rojas JM
Departamento de Cirugía General. Hospital Central "I.M. Prieto" San Luis Potosí, S.L.P.

La enfermedad de Hirschsprung (EH) se produce por la ausencia congénita de los plexos de Meissner y Auerbach del colon, lo que impide la relajación del colon y del esfínter anal interno. El 95% de pacientes se detectan antes de los 5 años de edad, sin embargo existe un grupo pequeño de pacientes que puede hacerse el diagnóstico hasta la adolescencia o en adultos. Estos pacientes se presentan con historia de constipación desde la infancia, con tratamiento sin adecuada respuesta, llegando a fallecer por desnutrición y sepsis. Se presenta el caso de un paciente masculino de 25 años de edad, quien tiene la historia de estreñimiento desde la infancia, requiriendo de enemas evacuantes, que al momento de presentación en el servicio de urgencias presentaba 15 días sin evacuar, pero con 4 días de distensión abdominal, dolor en hemiabdomen inferior, náusea, vómito y fiebre no cuantificada. A la EF se presentó con taquicardia de 100x', deshidratación, abdomen con distensión, peristalsis disminuida, se palpa colon distendido, y con datos de irritación peritoneal. El tacto rectal se encontró ámpula con escaso material fecal de características normales. En la placa de abdomen se observa imagen de vidrio despolido, colon distendido midiendo el colon transverso 20 cm de diámetro. Laboratorios con leucocitos de 9,730, con 7% de bandas, neutrófilos de 71%, linfocitos totales de 1,000. Se somete a laparotomía exploradora en donde se encuentra gran distensión de sigmoides y transverso de aproximadamente 20 cm de diámetro, ascendente y ciego con distensión de 10 cm, en el colon transverso con áreas de despolimiento de serosa, sin perforación. El recto en su tercio superior de características macroscópicas normales. Se realiza resección de sigmoides y tercio distal de descendente y se realiza procedimiento de Hartmann con colostomía terminal de descendente. Su evolución fue satisfactoria. RHP agangliosis en margen distal de la pieza. Se presenta el caso y se muestran fotografías de estudios de imagen, transoperatorio, e histopatológico.

107 TC-209

LINFOMA PRIMARIO DE INTESTINO DELGADO. REPORTE DE UN CASO

González GCP, Villanueva SE, Martínez HMP, Pérez AJ
Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades CMNSXXI IMSS.

Introducción: El 5% de los linfomas primarios involucran el tracto gastrointestinal, afectan intestino delgado en 15 a 25% de los casos. Los criterios del linfoma intestinal primario son: ausencia de adenopatía superficial, cuenta leucocitaria con diferencial normal,

ausencia de ganglios linfáticos mediastínicos en la tele de tórax y ausencia de lesión en hígado o bazo. Se clasifican como no-Hodgkin, de grado intermedio y alto con características inmunoblásticas y células grandes con patrón difuso y nodular. El cuadro clínico incluye: fatiga, pérdida de peso, dolor abdominal, masa abdominal. En 25% de los casos hay perforación, obstrucción, intususcepción o hemorragia. Los tumores son extensos (> 5 cm), de apariencia aneurismática, ulcerativa, polipoide o anular. El tratamiento incluye resección del segmento involucrado y del mesenterio adyacente. La RT y QT son útiles en enfermedad avanzada irresecable. Supervivencia: a 5 años 20 al 40%; 80% en tumores resecables y < 1 año para estadios avanzados. **Caso clínico:** Masculino de 70 años, sin antecedentes de importancia. Ingresó por dolor y distensión abdominal de 5 días de evolución, náusea y vómito de contenido intestinal. EF: palidez de tegumentos, deshidratación, cardiopulmonar sin compromiso, FC: 110x', abdomen distendido, dolor generalizado a la palpación, peristalsis ausente, sin datos de irritación peritoneal. Laboratorio: Hb 10.4, Hto 31, leucocitos 21,000, segmentados 70%, glucosa 94, creatinina 1.0. TP 13/12, TPT 32/30. Rx simple abdomen: distensión de asas de delgado con niveles hidroaéreos. TAC abdomen: dilatación de asas de delgado y tumor pélvico abscedado. Se sometió a laparotomía de urgencia encontrando tumor de intestino delgado a 160 cm de la válvula ileocecal, abscedado y sellado. Se realizó resección intestinal y anastomosis laterolateral manual. RHP: linfoma no-Hodgkin de células pequeñas con diferenciación plasmocitoides, infiltración de todo el espesor intestinal y perforación. Peritonitis aguda y crónica. El paciente se envió al Hospital de Oncología para recibir terapia adyuvante.

108 TC-210

MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

González GCP, Villanueva SE, Pérez AJ
Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades CMNSXXI IMSS.

El término enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye dos entidades principales: colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) y enfermedad de Crohn. Estas pueden distinguirse en base a su curso clínico, síntomas, manifestaciones y hallazgos endoscópicos. Las manifestaciones clínicas incluyen: dolor abdominal, síndrome disentérico, tenesmo, pérdida de peso, anemia, fiebre, resistencia y masa abdominal, así como fistulas enterales, estenosis y obstrucción (benigna o maligna). La EII se considera una patología sistémica y no sólo localizada al tracto gastrointestinal, debido a las manifestaciones extraintestinales, entre las que se encuentran principalmente: artritis periférica, espondilitis anquilosante, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, psoriasis, uveítis, colangitis esclerosante, crioglobulinemia, nódulos subcutáneos, úlceras cutáneas, mialgias, neuropatía periférica, pancreatitis, glomerulonefritis necrosante, obstrucción ureteral, litiasis urinaria y amiloidosis renal. Las imágenes que presentamos corresponden a pacientes con EII manejados en nuestro servicio.

109 TC-214

VÓLVULO DE CIEGO, SIMULANDO VÓLVULO DE SIGMOIDES

Sereno TS, Fregoso AJM, Farías LLOA, Zavala RG, Espinoza HJD, Zermeño JJ, Pedraza RMT
Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: El vólvulo de ciego es una condición patológica, donde éste rota en un plano horizontal, hacia delante y arriba. Esto se debe a una movilidad anormal del ciego, originada por un pobre desarrollo de la fusión del mesenterio del ciego y del colon ascendente con el peritoneo parietal posterior en el hemiabdomen derecho. **Objetivo:** Reportar un caso de vólvulo de ciego que simuló un vólvulo de sigmoides. **Caso clínico:** Masculino de 56 años de edad, con antecedentes quirúrgicos de trepanación craneana por hematoma epidural secundario a traumatismo craneoencefálico 2 años previos. Antes de

su llegada a urgencias cursó durante cuatro días con un cuadro de dolor difuso abdominal, anorexia, silencio abdominal, constipación y obstipación. Estuvo en vigilancia durante cuatro días más, el dolor remitió, se restableció la peristalsis, pero al palparse masa timpánica en hipogastrio izquierdo, y referirse dolor el hombro ipsilateral, se tomó una radiografía de abdomen donde se observó dilatación importante colónica segmentaria, compatible con un vólvulo de sigmoides, sin niveles hidroaéreos. En la exploración quirúrgica se encontró el ciego volvulado y con isquemia irreversible por lo que se realizó hemicolectomía derecha y desfuncionalización. Su evolución clínica lo llevó al alta hospitalaria breve. **Discusión:** El vólvulo de ciego representa el 10% de los casos de volvulación colónica. Generalmente hay dolor, distensión abdominal, constipación, obstinación y vómito. La radiografía abdominal ayuda a establecer el diagnóstico, con la típica imagen del grano de café. Este paciente presentó datos clínicos y radiológicos que orientaron a un vólvulo de sigmoides.

110 TC-217

ADENOMA VELLOSO GIGANTE

Zambrano-Gordo JA, Inda-Toledo A, López-Aguirre G
Hospital General Regional «Dr. Rafael Pascasio Gamboa».

Antecedentes: Los adenomas de colon y recto son el adenomatoso, vellosos y mixto que son lesiones precancerosas y son más frecuentes en el recto sigmoides. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con adenoma vellosos gigante. **Informe del caso:** Masculino de 33 años, campesino con padecimiento de dos años de evolución caracterizado por pujo y tenesmo rectal, así como sangrado transrectal de moderado a severo, persistente, el cual se vuelve más intenso en los últimos tres meses. Además de dolor tipo cólico en hipogastrio irradiado a fosas ilíacas. A la inspección perianal se aprecia masa tumoral, la cual protruye a través del ano, de aspecto polipoide. Al tacto rectal se despierta dolor y el tono del esfínter se encuentra disminuido. La tumoración es de consistencia blanda, superficie irregular, la cual se palpa hasta recto medio. La colonoscopia reportó lesión tumoral a partir del margen anal y hasta el recto superior, que su base la ocupa la comisura posterior de la pared del recto. Esta tumoración es de aspecto vegetante, irregular, con múltiples ramificaciones y que sangra fácilmente al roce del endoscopio. Además de que ocluye en un 90% la luz del recto. Para completar el protocolo de estudio de masa tumoral se realiza USG de hígado y TAC abdomino-pélvica, con la que se demuestra la localización del tumor exclusivamente en el recto. Resultados: El paciente se pone en las mejores condiciones y se somete a tratamiento quirúrgico radical, realizándose resección abdomino-perineal (RAP), evolucionando favorablemente hasta la fecha. El reporte histopatológico es compatible con adenoma vellosos sin datos de malignidad. **Conclusiones:** El tratamiento oportuno en estas lesiones precancerosas es de vital importancia para el pronóstico del paciente.

111 TC-227

CÁNCER COLORRECTAL. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

Tort MA, Hernández PW, Flores GJA
HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE, ISSSTE.

Introducción: El cáncer colorrectal es uno de los cánceres viscerales más frecuentes observados en México. El riesgo relativo se define en base a la predisposición genética, y factores ambientales. **Objetivo:** Conocer la incidencia de cáncer colorrectal en el Hospital Regional 1° de octubre; describir cuadro clínico, localización, métodos de diagnóstico, tipo histológico y cirugía realizada; así como la experiencia en el diagnóstico y tratamiento. **Diseño:** Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo. **Pacientes y métodos:** Se incluyeron 48 pacientes, todos tuvieron expediente médico, para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central. **Resultados:** Diecinueve hombres y veintinueve mujeres. Edad promedio 59.79 años; tiempo de evolución de los síntomas, 6.02 meses; siendo más frecuentes cambios en el hábito intestinal,

pérdida de peso, estreñimiento y sangrado de tubo digestivo bajo. Estudio diagnóstico más utilizado fue la colonoscopia. Localización más frecuente fue en recto y sigmoides. Tipo histológico más frecuente, adenocarcinoma. La estadificación en B1 fueron 8 pacientes, B2 8, B3 1, C1 13, C2 1, C3 4, D 9, no estadificados 4. Principales complicaciones postoperatorias, sepsis abdominal (4.16%), dehiscencia de la anastomosis (4.16%). Se encontraron 20 pacientes vivos sin enfermedad, 9 vivos con enfermedad y 18 muertos por la enfermedad. Se realizó cirugía más quimioterapia a 34 pacientes y la recidiva fue más frecuente en cáncer de recto. **Conclusiones:** Los mejores resultados de tratamiento se obtienen cuando el cáncer colorrectal se detecta en etapas tempranas y se trata adecuadamente con resección quirúrgica y tratamiento adyuvante.

112 TC-240

VÓLVULO DE SIGMOIDES RECURRENTE: REPORTE DE UN CASO

Céspedes ME, Contreras JE, Cajica LA, Nájera GN, Gilberto Guzmán VG
Instituto Mexicano del Seguro Social, HGR 1 Gabriel Mancera.

El vólvulus de sigmoides es una torcedura anormal del colon sobre sí mismo en su eje longitudinal y pedículo vascular, produce obstrucción de asa cerrada. Es tercera causa de oclusión en países desarrollados. Tiene mortalidad de 7-20%. Se presenta perforación 7-10%. Presentación de caso de vólvulo de cólon recurrente. Masculino 81 años, antecedentes quirúrgicos de vólvulos de sigmoides manejado con sigmoidectomía y colocoloanastomosis (7 años). Cinco días de evolución con incapacidad para canalizar gases y evacuar, distensión abdominal, dolor cólico difuso y náusea. A su ingreso estable, con abdomen distendido, peristalsis disminuida, no datos de irritación peritoneal. La radiografía de abdomen con imagen en grano de café. Se inició manejo conservador y se desvolvió con colonoscopia. Evolución con distensión abdominal, incapacidad para canalizar gases y dolor abdominal. Se decide manejo quirúrgico. Hallazgos: vólvulo de sigmoides 60 cm de longitud y 12 cm de diámetro, eje de torsión en hernia interna de mesenterio; colon transversal y descendente redundantes. Se realizó hemicolectomía izquierda (130 cm) con coloproctoanastomosis. El paciente evolucionó hacia la mejoría, toleró la vía oral y se egresó. El sigmoides redundante así como el megacolon, son factores predisponentes para la volvulación recurrente. El sigmoides es el sitio más común y el cuadro clínico es de oclusión intestinal. El diagnóstico es clínico y la radiografía de abdomen es clásica en 85%. En pacientes estables, se recomienda manejo médico con hidratación y endoscopia y posteriormente cirugía en mismo internamiento. Pacientes inestables: cirugía de urgencia; las opciones: colectomía subtotal, sigmoidectomía con cierre primario o con colostomía.

113 TC-241

VÓLVULOS CECAL POSTERIOR A OPERACIÓN CESÁREA. REPORTE DE UN CASO

González GO, Gutiérrez ACM
Hospital Juárez de México.

Resumen: Se presenta caso de paciente femenino de 34 años de edad, la cual presentó datos de oclusión intestinal, posterior a la realización de operación cesárea. Por lo cual se realizan estudios de imagen los cuales muestran gran distensión a nivel de asas de delgado, así como imagen sugestiva de omega a nivel de colon ascendente. Por lo cual se somete a laparotomía exploradora encontrando vólvulos de ciego. **Introducción:** El vólvulos posterior a procedimientos ginecológicos y obstétricos ocupa un lugar importante como causa de oclusión intestinal, después de las hernias y los tumores intestinales. Las causas etiológicas de que se pueda presentar un vólvulos intestinal no están bien descritas, ya que se ha hablado de causas genéticas, redundancia de mesenterio, dieta alta en fibra, así como otras que produzcan una gran cantidad de gas. La causa de que se produzca una torsión del intestino posterior a cirugía ginecológica u obstétrica, depende del manejo que se le da al

aislamiento de las asas, así como a la presencia de una de las causas etiológicas ya mencionadas. **Presentación del caso:** Se trata de paciente femenino de 34 años de edad, la cual cuenta con antecedente G XII, P VII, A 3, C 2, la cual cuenta con fecha de última cesárea 3 días previos a su ingreso a esta institución, con presencia de náusea, vómito de contenido gástrico, distensión abdominal, incapacidad para canalizar gases. A la E.F. paciente deshidratada, con fascie dolorosa, íntegra, bien conformada, con abdomen distendido, timpánico, con peristalsis de lucha, en cuadrantes superiores, con cicatriz media infraumbilical bien afrontada, con datos de irritación peritoneal. Se toman Rx, las cuales muestran edema interasa, así como gran distensión de asas de delgado. No aire en ámpula rectal. Se pasa a laparotomía exploradora, en la cual se encuentra vólvulos de ciego, el cual se encuentra rotado 180°, se rota en contra de las manecillas del reloj, presentando recuperación del asa, con buena peristalsis y coloración. **Discusión:** Los síntomas de náusea, vómito, distensión abdominal posterior a un evento quirúrgico, pueden simular múltiples patologías, pero no se debe descartar la posibilidad de la presencia de un vólvulos, en el diagnóstico temprano de esta patología. Disminuirá mucho la morbilidad y la mortalidad que puede alcanzar el no hacer un diagnóstico oportuno. Toda paciente que presente estos síntomas posteriores a procedimiento quirúrgico ginecológico u obstétrico deberá de ser evaluada la posibilidad de la presencia de esta complicación.

114 TC-250

SÍNDROME DE OGIHVIE: REPORTE DE UN CASO

Sánchez C, Esmer D
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto San Luis Potosí.

Antecedentes: El síndrome de Ogilvie fue descrito por primera vez en 1948. Se postula como mecanismo común un tono simpático excesivo como consecuencia de una supresión del efecto parasimpático, disminuyendo la motilidad y tonicidad colónica, evolucionando hasta la necrosis isquémica y perforación colónica, con una mortalidad elevada. El diagnóstico es por exclusión, mediante colonoscopia o enema con contraste hidrosoluble, una dilatación cecal mayor a 11 centímetros en la placa de abdomen sugiere dicho padecimiento. **Reporte del caso:** Femenino de 78 años, que ingresa a urgencias con cuadro de dolor abdominal generalizado con inicio súbito y 12 horas de evolución. Exploración con distensión abdominal importante, ruidos peristálticos disminuidos y metálicos, afebril, taquicardia y con deshidratación moderada; Rx de abdomen con distensión colónica importante y niveles hidroaéreos en delgado, BH con leucocitosis, pasa a quirófano encontrándose distensión e isquemia del colon, sin obstrucción mecánica ni perforación, realizándose colectomía total, ileostomía y cierre distal en bolsa de Hartman; la paciente presentó FOM en el postoperatorio, falleciendo 6 horas posteriores al procedimiento. Patología reporta colitis isquémica con bordes quirúrgicos viables y apéndice cecal normal. **Conclusión:** El síndrome de Ogilvie es una entidad que puede llegar a ser mortal debido a sus complicaciones, siendo crucial el manejo temprano, mismo que puede ser resuelto conservadoramente mediante medicamentos o descompresión con sonda rectal y/o colonoscopia, reservando el manejo quirúrgico para los casos que no responden a estos.

115 TC-259

SECCIÓN COMPLETA DE COLON SIGMOIDES SECUNDARIA A COLONOSCOPIA, REPORTE DE UN CASO

Priego CMA, Medina ESG, Ortega AI, Moyeda BR, Sastre LM

Introducción: La evaluación endoscópica del tracto gastrointestinal inferior puede ser realizada por medio de anoscopia, sigmoidoscopia rígida o flexible y colonoscopia. Aunque hay muchas indicaciones para la colonoscopia, la mayoría de los exámenes se realiza para el diagnóstico precoz de neoplasias. Entre las complicaciones debidas a la colonoscopia se encuentran la hemorragia, reacción adversa a los sedantes, infección y perforación, éstas son relativamente raras en personas asintomáticas, pero pueden ser potencial-

mente importantes. **Presentación del caso:** Paciente femenina de 71 años de edad, sin antecedentes heredo-familiares de importancia, sin enfermedades crónico-degenerativas, referida de clínica particular por presentar datos de abdomen agudo posterior a la realización de colonoscopia. Se le practica laparotomía exploradora encontrando lo siguiente: cavidad abdominal no contaminada, sección completa de recto-sigmoides y tumoración a nivel de ciego, por lo que se realizó resección de ciego, ileo-colo anastomosis término-terminal y anastomosis término-terminal de recto-sigmoides, presentando una adecuada evolución postoperatoria. **Discusión:** Hasta el momento no existen reportes en la literatura sobre sección completa de recto-sigmoides relacionado con la colonoscopia. Los principios generales para prevenir complicaciones durante este estudio son los siguientes: 1. insuflar la menor cantidad posible de aire y aspirar el exceso, 2. empujar lo menos posible para evitar la formación de asas innecesarias y disminuir el riesgo de posible perforación, 3. retirar el endoscopio con frecuencia para acortar el colon, 4. correlacionar la longitud del instrumento insertado con la localización prevista, 5. presentar atención a las molestias del paciente.

116 TC-267

HEMORROIDECTOMÍA CON ENGRAPADORA MECÁNICA: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE PETRÓLEOS MEXICANOS

Soto DBA, Bandera DA, Hernández-Rivero D, Pérez PF, Martínez CJM.

La hemorroidectomía es un procedimiento quirúrgico en el que se realiza resección del plexo hemorroidal cuando éste se encuentra dilatado e inflamado. La técnica convencional de hemorroidectomía (abierta o cerrada), es causa de morbilidad posoperatoria asociada donde el dolor y el tiempo de recuperación son las de mayor impacto en el paciente. La introducción del uso de engrapadoras mecánicas a la cirugía de hemorroides, procedimiento denominado Procedure for Prolapse and Hemorrhoids (PPH), fue inicialmente descrito por Longo en 1998. Dado que esta técnica no requiere de disección extensa, la inflamación y morbilidad posoperatoria se reduce. La técnica consiste en una mucosectomía realizada con una engrapadora circular que permite resecar la mucosa rectal con el tejido hemorroidal inflamado colocando 2 líneas de engrapado 5 cm proximal a la línea dentada. Reportamos la experiencia inicial de 10 casos del servicio de coloproctología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. **Resultados:** El uso de la técnica con engrapadora, requirió de menor tiempo operatorio, menor dosis total de analgésico y permitió una reincorporación rápida a las actividades cotidianas en comparación a la hemorroidectomía convencional, no existieron complicaciones con el uso de la engrapadora. **Conclusión:** Creemos que el uso de la técnica de hemorroidectomía con engrapadora es segura y eficaz, sobre todo para aquel grupo de pacientes que cursa con hemorroides internas severas con prolapso y hemorroides externas mínimas. El uso de esta técnica en pacientes seleccionados permitirá optimizar el resultado posoperatorio.

117 TC-268

CÁNCER DE COLON: REPORTE DE CASO

Toledo R, Alcántara F, De la Rosa C, Cárdenas O, Gallo M, Gómez M, Gutiérrez A, Rosas M, Vargas M, Vázquez S, Vivanco.

Cáncer de colon, tumor más frecuente de intestino grueso; mayor incidencia en mujeres, relacionado con factores geográficos, dietéticos; puede presentarse a cualquier edad; habitualmente entre los 50 y 80 años; la distribución reportada es 15% recto, 38% rectosigmoide, ascendente 16%, transversa 16%, descendente 7%. Presentamos el caso de paciente del sexo femenino de 70 años de edad que se presenta con dolor en hipogastrio de cuatro meses de evolución, punzante, irradiado hacia ambas fosas ilíacas, disminuye posterior hacia la evacuación, acompañado de astenia, hiporexia, alteración de hábitos intestinales, disminuyendo en frecuencia, alternando en consistencia, con disminución en el calibre, con pujo, tenesmo, pérdida pon-

deral 3 kilos en 2 meses. Iniciamos protocolo de estudio, realizando colon por enema, rectosigmoidoscopia, ACE y TAC abdominopélvica; con hallazgos compatibles con tumoración de rectosigmoides; se programa para cirugía, realizando sigmoidectomía con reporte histopatológico adenocarcinoma moderadamente diferenciado con invasión a la pared hasta la serosa sin metástasis a ganglios y bordes sin tumor. La importancia clínica conlleva a la sospecha oportuna en el diagnóstico de acuerdo a sintomatología tanto específica como inespecífica de las patologías de colon; así como la solicitud oportuna de estudios diagnósticos y de extensión para realizar tratamiento adecuado y oportuno evitando complicaciones y mejorando supervivencia; ya que los resultados dependerán del grado de malignidad e influencia sobre la diseminación local y linfática.

118 TC-285

VÓLVULO DE SIGMOIDES NECROSADO EN PACIENTE DE 19 AÑOS CON RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS PRIMARIA

Guerrero TA, Cisneros TE, Fournier DF, Vázquez FA, Pantoja ME, García DI
Hospital General de Durango.

El vólvulo de sigmoides, es el más común dentro de los involucrados en colon. Se presenta en personas de edad avanzada y su tratamiento cuando es de urgencia generalmente se trata con resección, y colostomía para su cierre de estoma posterior. Nuestro caso se trata de un paciente femenino de 19 años de edad, sin antecedente patológico. Ingresó con cuadro de 3 días de evolución, dolor abdominal generalizado, vómito, distensión abdominal, obstipación, ausencia de evacuaciones. Signos vitales T/A 100/60 FC 90, FR 22, pálida, deshidratada, abdomen distendido, timpánico, con datos de irritación peritoneal, rebote positivo. Tacto rectal ámpula vacía. Radiografía de abdomen con gran distensión, imagen de vólvulo sigmoides. Ultrasonido abdominal reportó líquido libre en cavidad. Leucocitosis 17,900, 92% neutrófilos, 16 bandas, Hb 14.3, Hto 42.7, plaquetas 254,000. Se coloca sonda nasogástrica sin mejoría. Previa hidratación, se impregna con metronidazol 750 mg IV, se pasa a LAPE encontrando, vólvulo de sigmoides con distensión de asa de 30 cm desvascularizado, sin perforación, líquido libre seroso. Se realiza resección de vólvulo de colon sigmoides (80 cm extendido) Se decide realizar anastomosis primaria en 2 planos, sin complicaciones. Se dejan drenajes tipo Pentrose, manejo metronidazol/ceftriaxona, ayuno por 5 días, sonda nasogástrica 3 días, presentando evacuación 3er día. Se inicia dieta al día 6. Se retiran los drenajes. Se encuentra con buena evolución, herida cerrada limpia, peristalsis presente, sin distensión. Se da de alta. Servicio de patología, reporta, necrosis de sigmoides desvascularización.

EDUCACIÓN EN CIRUGÍA

119 TC-193

CÁNCER DE PRÓSTATA, CON METÁSTASIS A ÓRBITA, COMO MANIFESTACIÓN PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO

Casas AME, Martínez GAM, Dante JA, González GJ
Hospital General de Zona # 1 Saltillo, Coahuila.

Se trata de paciente del sexo masculino de 77 años de edad, que inicia su padecimiento con síndrome consuntivo y proptosis del globo ocular derecho, de 6 meses de evolución, antes de ser visto, en este servicio, acompañado de pérdida ponderal de peso no especificada de varios meses, con dolor óseo generalizado que no cede a los analgésicos. A la exploración, presenta palidez moderada de tegumentos y conjuntivas, proptosis del globo ocular derecho, con aumento de la presión ocular a la palpación, pupilas isocóricas e isorreactivas, con reflejo fotomotor presente, con diplopía, adenomegalias cervicales, campos pulmonares bien ventilados, sin sibilancias ni estertores, ruidos cardiacos adecuados, abdomen sin visceromegalias, adenomegalias inguinales, en escroto izquierdo se aprecia aumento de volumen a expensas de hernia inguinal, al tacto rectal se encuentra con próstata pétreo, grado

III. Extremidades hipotróficas, reflejos osteotendinosos bicipitales, rotulianos y aquilianos presentes. Se realiza serie ósea metastásica, mostrando lesiones osteolíticas en todos los huesos, compatibles con metástasis óseas. TAC de órbita, derecha con imagen de densidad heterogénea, ocupando todos los músculos y comprimiendo el nervio, con desplazamiento del globo ocular. TAC de cráneo, con datos de atrofia cortical y subcortical. Biopsia por aspiración de próstata, con diagnóstico de adenocarcinoma, biopsias por aspiración de ganglios con datos positivos de metástasis. El laboratorio muestra, HB 7.33 gr, plaquetas de 60,900, leucos de 7,600, glucosa 120 mg/ dl, creatinina 1.4, albúmina de 2.1, AST 115 U/L, DHL 971 U/L, ALP 1153 U/L, proteína C reactiva positiva ++, calcio sérico 5.4 mg/dl, antígeno prostático 623 ng/dl. El diagnóstico definitivo después de la revisión de las laminillas fue de adenocarcinoma de próstata invasor, no había metástasis a mama o pulmón. Es inusual que una neoplasia prostática debute con manifestaciones a órbita. Los cánceres que más comúnmente se metastatizan a órbita son los de mama y pulmón. En este paciente no había historia de cáncer, cuando aparecieron las manifestaciones oculares. El pronóstico es pobre con una supervivencia media de 15 meses, después de ser diagnosticada la metástasis a órbita.

120 TC-307

IMPORTANCIA DE LA ENSEÑANZA DE CIRUGÍA EN PREGRADO

Polaco J, Negrete F, Bustos D, Rojas C, Cruz S
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina
Departamento de Cirugía.

1) Antecedentes históricos de la enseñanza de la cirugía en México. En las culturas maya y azteca se reconoce el mayor nivel de evolución en cirugía; el Texoxotla-ticitl, era el cirujano. En 1621 se establece la cátedra de anatomía y cirugía en nuestro país. En 1770 se instaló la Real Escuela de Cirugía. En 1938 el Dr. Julián González Méndez crea la materia de técnica y educación quirúrgica en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. La Escuela Nacional de Medicina pasa a ser Facultad de Medicina, en la sesión de Consejo Universitario en 1960. El Departamento de cirugía de la Facultad de Medicina de la UNAM... encargada del plan de estudio de pre y postgrado en la materia. En 1969 se otorga reconocimiento a la especialidad de cirugía general. Historia del departamento de cirugía Dr. Polaco. 2) Importancia de la Cirugía en la preparación del Médico General. El plan de estudios tiene dentro de sus objetivos: "Preparar médicos generales con el bagaje de conocimientos y técnicas quirúrgicas que se considere fundamental para actuar en nuestro medio". El 30% son especialidades médico-quirúrgicas, de ahí la importancia de la enseñanza de la cirugía en pregrado. 3) Habilidades de técnicas quirúrgicas del egresado actualmente de la Facultad de Medicina. Cirugía I: Las prácticas son realizadas con estricto cumplimiento de las normas antisépticas y asépticas vigentes en una sala de operaciones. a) Técnicas de lavado quirúrgico, vestido con ropa estéril, enguantado y colocación de campos quirúrgicos. b) Instalación de venoclisis. c) Colocación de un catéter endovenoso. d) Aplicación de los métodos de asepsia, antiseptia y desinfección. e) Aplicación y control de la anestesia general, regional y locorregional. f) Realización de los tiempos fundamentales de la técnica quirúrgica. g) Selección del instrumental y material de sutura para cada plano quirúrgico. h) Ejecutar con destreza puntos de sutura y nudos manuales e instrumentales, para cada plano quirúrgico. i) Control postoperatorio. j) Tratamiento de heridas complicadas e infectadas. Cirugía II: a) Efectuar curaciones de heridas quirúrgicas complicadas. b) Aplicar sondas para monitoreo corporal. c) Efectuar aplicaciones de agujas y catéteres venosos en las regiones más frecuentes. d) Efectuar suturas en las diversas partes del cuerpo, así como saber qué tipo de sutura y material elegir en cada caso.

121 TC-336

COMPETENCIA DEL CIRUJANO GENERAL: DE LA INVESTIGACIÓN A LA ACCIÓN

Ramírez BEJ, Lara LE, Leal KDS, López SLH, Martínez PC, Ayala GMA, Vázquez GMA
Universidad de Guanajuato. Secretaría de Salud.

Introducción: El nivel de competencia del cirujano general ha sido tema reciente de publicaciones en México, con motivo de proponer cambios a la currícula a fin de estar mejor preparados para un óptimo desempeño profesional en un entorno cada vez más competitivo en el "siglo del cliente". **Objetivo:** Proponer un enfoque pragmático de los procedimientos quirúrgicos "mínimos" que debe incluir el nivel de competencia del cirujano general. **Material y métodos:** Se investigaron los procedimientos quirúrgicos realizados durante los años 2000 a 2002 en los hospitales de la Secretaría de Salud de Guanajuato. Se utilizó la novena Clasificación Internacional de Enfermedades para su agrupación y ordenamiento en orden de frecuencia relativa. **Resultados:** Se realizaron 157,551 procedimientos. Los veinte más frecuentes fueron: Exploración manual de la cavidad uterina, postparto 20.6%; episiotomía 19.3%; cesárea 16.7%; dilatación y legrado postparto o postaborto 8.0%; esterilización en trompas de Falopio 7.7%; apendicectomía 2.0%; laparotomía 1.3%; aplicación de fórceps bajo 1.3%; colecistectomía 1.2%; hernioplastia inguinal unilateral 1.0%; histerectomía abdominal total 0.9%; herniorrafia umbilical 0.7%; diálisis peritoneal 0.6%; reducción cerrada de fractura sin fijación interna, radio y cúbito 0.5%; reparación de desgarro obstétrico 0.5%; sutura de desgarro de vulva o el perineo 0.5%; otra ligadura y sección bilateral de las trompas de falopio 0.5%; creación de fistula cutáneo peritoneal 0.3%; desbridamiento no excisional de herida, infección o quemadura 0.3%; sutura de piel y tejido subcutáneo 0.3%. **Conclusión:** La investigación epidemiológica da elementos para la acción que debe impulsar la educación durante y para toda la vida del cirujano general.

122 TC-348

LOS CASOS INSÓLITOS EN LA CIRUGÍA GENERAL Y SU RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA. EXPERIENCIA EN 25 AÑOS. SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.

Campos CC, Díaz CPC, Hurtado LM, Zaldívar FR, Ibáñez AO, López C.
Servicio de Cirugía General, Hospital General de México, O.D.

Introducción: Existe un grupo de padecimientos quirúrgicos que se manejan como casos no comunes, y que ponen a prueba toda la experiencia del grupo de cirujanos que los atiende. **Objetivos:** El objetivo principal de los autores de este trabajo es comunicar nuestra experiencia a los cirujanos del país de reciente egreso o que no hayan tenido oportunidad de manejar este tipo de casos. **Material y métodos:** Entre 10,000 procedimientos quirúrgicos realizados en los últimos 25 años en una revisión realizada en forma retrospectiva se encontraron varios casos quirúrgicos. Se expone gráfico y fotográficamente. **Resultados:** Se exponen los siguientes casos: Cuerpos extraños en el recto, embarazo ectópico roto en el hígado, situs inversus: 7 casos, carcinoma de glándula mamaria en varones, trico-bezoar, hernia de Amyand, una fístula tiroidea, fístula biliar interna asintomática, tumores gigantes de ovario. Un total de 20 casos lo cual corresponde a aproximadamente el 0.2%. **Conclusiones:** Estos casos requieren ser manejados en forma multidisciplinaria y por los cirujanos de mayor experiencia, ya que representan un verdadero reto al que se enfrentan los cirujanos generales. Papel en la enseñanza de las generaciones futuras de cirujanos generales, para encontrar la mejor forma de resolución de estos casos cuando tengan que enfrentarse a ellos en beneficio de sus pacientes.

ESÓFAGO

123 TC-003

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESOFAGITIS ASOCIADA A GASTRITIS ALCALINA Y ÚLCERA DUODENAL

Manzano CA, Juárez RR, López HC, Tecopa VA, Zendejas HJC
Departamento de Cirugía General, Hospital General "Dr. Donato G Alarcón". Cd. Renacimiento, Acapulco, Guerrero.

Los conocimientos sobre la motilidad permiten evaluar mejor las patologías del tubo digestivo, el reflujo gastroesofágico constituye

cerca del 75% de la patología esofágica, la hernia hiatal, la pérdida de fijación del estómago, las alteraciones neurológicas de las enfermedades cricodgenerativas, contribuyen a la propulsión defec-tuosa del tránsito gastrointestinal. El caso que vamos a presentar es el de un hombre de 55 años de edad con tabaquismo desde los 20 años de edad a base de 20 cigarrillos diarios, alcoholismo ocasional, diabético tipo II, controlado con glibenclamida, colecistectomizado hace 12 años, hipertenso desde hace un año controlado con captopril. Acude al servicio por dolor epigástrico, continuo quemante de aparición súbita y de gran intensidad que se irradia hacia el hipocondrio izquierdo y al externón, acompañado de náuseas y vómitos de contenido gastrobiliar con periodos cortos de remisión a los tratamientos con citoprotectores, procinéticos, inhibidores de la bomba de protones, así como tratamientos de erradicación para *Helicobacter pylori* con amoxicilina y claritromicina, sin respuesta al tratamiento, por lo que frecuentemente se reingresó a esta unidad hospitalaria; la exploración física: TA 160/90, FC 105, T36°C, consciente, quejumbroso e irritable, palidez de tegumentos; ruidos cardiacos rítmicos sin fenómenos agregados y tendencia hacia la taquicardia, campos pulmonares con murmullo vesicular; abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo sin datos de irritación peritoneal. La endoscopia del 03-10-01 reveló esófago con erosiones múltiples exudativas, del tercio medio al inferior con hemorragia y abundante reflujo biliar con lago biliar en la mucosa antral y cuerpo, múltiples excavaciones cubiertas coágulo hemático de 1.5 y 7 cm. Con reflujo duodeno gástrico; duodeno con lesiona excavada cubierta por fibrina, fondo sucio, bordes elevados de un centímetro y datos de hemorragia gástrica. La endoscopia de control del 05-11-01 reporta unión esofagogástrica a 5 cm por debajo del hiato, el cual se encuentra abierto e incontinente, con reflujo gastroesofágico; mucosa del antro con eritema radiado, prepilórico, con nódulos erosionados de predominio en la cara anterior; duodeno con lesión excavada cubierta de fibrina oval, sin estigmas de hemorragia. La gastrina sérica de 35.21 PG/ml. Se practicó vaguectomía troncular, plastía de hiato tipo Nissen, con antrectomía y reconstrucción en "Y" de Roux. El reporte de patología BP-600-01 refiere gastritis superficial y profunda asociada a *Helicobacter pylori* con inflamación crónica de la pared. La evolución postoperatoria fue del todo satisfactoria iniciando su vía oral el quinto día y su egreso séptimo día; se practicó controles endoscópicos a los tres meses refiere esófago; de forma y distensibilidad normal la mucosa de color pálida lago mucoso hialino, la retroversión con cambios del hiato posquirúrgicos, la gastroyeyuno anastomosis permeable con eritema y edema leve permeables al paso del endoscopio, última endoscopia del 15 de abril del 2003. Discusión: Una buena evaluación clínica asociada a una endoscopia puede determinar la asociación de esofagitis con gastritis alcalina y úlcera duodenal, lo ideal en estos casos sería realizar estudios de manometría y pH metría para determinar la técnica quirúrgica a realizar; sin embargo no todos los Hospitales cuentan con estos estudios y tenemos que emplear otros criterios quirúrgicos como lo es la presencia de disfagia y el tamaño de la hernia; se pensó también en la posibilidad de un gastrinoma por lo que se solicitó gastrina sérica la cual fue negativa. Hay diferentes métodos de reconstrucción del tubo digestivo, en este caso se empleó una técnica antirreflujo y plastía de hiato, para evitar ERGE, vagotomía con antrectomía para la acidez, y reconstrucción en Y de Roux para la gastritis alcalina. Conclusión: La vaguectomía troncular, la funduplicatura tipo Nissen y la antrectomía con reconstrucción en Y de Roux resultó una buena alternativa en el tratamiento de este paciente.

124 TC-049

TRICOBEOZAR GÁSTRICO, INFORME DE TRES CASOS

Noriega MO, Belmares TJA, Graillet CR, Rojas SJM
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, S.L.P., S.L.P.

Antecedentes: El tricobezoar se forma por tricofagia, reflejo de un desajuste de la personalidad y se forma en el transcurso de meses o años. Síndrome de Rapunzel descrito por primera vez en 1968 por Vaughan y cols. El diagnóstico preoperatorio exacto se realiza me-

dante endoscopia, además existen auxiliares como ultrasonido, estudios contrastados y tomografía. **Objetivo:** Informe de tres casos. **Casos:** Tres pacientes femeninas de 17, 23 y 23 años de edad, vistas en seis meses. Todas con trastornos de ansiedad asociados. Acuden por náuseas y vómito, dolor epigástrico, hiporexia, pérdida de peso no cuantificada; una masa epigástrica de varios meses de evolución, móvil, no dolorosa. Presentan áreas de alopecia y halitosis marcada. Se les realizó a las tres pacientes endoscopia diagnositándose tricobezoar, se complementa con ultrasonido o tomografía. Todas presentan anemia hipocrómica microcítica. Se someten a laparotomía para extracción de dos tricobezoar gástricos y un síndrome de Rapunzel. La evolución es satisfactoria egresándose 5 días posteriores de la cirugía en promedio. Manejo con paroxitina en dos pacientes y en una sin medicamentos, todas sin recidiva actual. Cabe mencionar que a una de las pacientes de 23 años se le había extraído un tricobezoar a los 12 años de edad. **Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico es el ideal en tricobezoar gigante, se ha utilizado con éxito extracción por endoscopia en bezoares pequeños. Se recomienda un adecuado seguimiento clínico y psiquiátrico para prevenir la recurrencia que se presenta en aproximadamente un 20% de los casos.

125 TC-060

DIVERTÍCULO ESOFÁGICO EPIFRÉNICO

Fariás M, Fenig J, Keller P, Ramírez E, Ricardez J
Hospital Mocol. México, D.F.

Objetivo: Describir el caso de un paciente con divertículo esofágico epifrénico. **Descripción del caso:** Paciente de sexo masculino de 35 años de edad, tabaquismo positivo con un consumo diario de 10 cigarrillos, fractura de peroné con realización de osteosíntesis y hepatitis A en la infancia. Inicia su padecimiento 6 meses previos a su ingreso presentando pirosis y disfagia la cual fue progresando de sólidos a líquidos. Acude con facultativo, quien realiza SEG, evidenciando divertículo esofágico de tercio inferior, confirmando diagnóstico con endoscopia esofágica, reportándose diámetro de 6 cm aproximadamente y presencia de ulceración de 1 cm de diámetro. Ingresa para tratamiento quirúrgico, implementándose nutrición parenteral, se realiza cirugía bajo anestesia general balanceada, efectuando toracotomía postero-lateral izquierda a nivel de 5º espacio intercostal, se disecan planos hasta identificar divertículo de 6 x 5 cm de diámetro, disecándose el divertículo, se realiza diverticulotomía con engrapadora TA 60-3.5, posteriormente se efectúa cardiomiectomía esofágica, verificándose hemostasia y cierre por planos, se colocan sondas pleurales bilaterales. Se retiran sondas pleurales sin complicación. En radiografías de control con adecuado paso del medio de contraste por esófago. Se retira la nutrición parenteral, iniciándose vía oral tolerándola adecuadamente y posteriormente se egresa a domicilio, sin pendientes por resolver. **Conclusiones:** El divertículo epifrénico se presenta en la vejez, y se localiza a 10 cm aproximadamente de la unión GE, los hombres son más afectados que las mujeres y se observa 1 a 5 en comparación al divertículo de Zenker y frecuentemente se presenta obstrucción mecánica que generalmente se trata de acalasia, su tratamiento es quirúrgico.

126 TC-067

POLIPOSIS ESOFÁGICA POR INFECCIÓN DE VIRUS DE PAPILOMA HUMANO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Palomo MV, Martínez DD, Miranda FP
Departamento de Cirugía General, Hospital Juárez de México SSA, Mexico D.F 2003.

Antecedentes: El agente de transmisión sexual más frecuente es el virus del papiloma humano (VPH). Entre las lesiones más comunes se encuentran, el condiloma acuminado y el plano cervicouterino, las verrugas vulgares y menos frecuentemente la papilomatosis laríngea o esofágica. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico con confirmación histopatológica: Paciente femenino de 35 años de edad

con antecedentes de IVSA: 18 años, parejas sexuales: 1, G:III, P:III Papanicolau: Negativo clase II imágenes sugestivas de VPH, además de enfermedad acidopéptica no tratada desde hace 5 años, disfgia a sólidos, pirosis y regurgitación con epigastralgia postprandial. A la exploración física se encuentra abdomen globoso a expensas de distensión intestinal doloroso en epigastrio y mesogastrio, sin datos de irritación peritoneal, peristasis aumentada. **Resultados:** Se realiza panendoscopia observándose en tercio inferior de esófago lesión elevada sésil de 4 mm con gastritis crónica antral, se realiza polipectomía, se toman biopsias y se diagnostica histopatológicamente esofagitis por reflujo con alteraciones citopáticas sugerentes de infección por virus de papiloma humano (IVPH), mucosa gástrica con hiperplasia del epitelio folicular. **Conclusiones:** El VPH posee un trofismo selectivo por epitelios genitales de piel y de órganos como laringe y esófago. La célula patognomónica de la IVPH es el coilocito, célula en la que aparece cavidad perinuclear que se encuentra prácticamente vacía con desaparición mitocondrial. El tratamiento de la poliposis esofágica es la polipectomía endoscópica, para el pronóstico es definitivo el estudio histopatológico, ya que como sabemos este tipo de lesiones tiene potencial de malignización.

127 TC-127

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER EN MANOS DEL CIRUJANO GENERAL

Ibarra GJC, Catrip TJ, Ortiz MAL, Robledo OF
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

La primera descripción la realizó Ludlow en 1769, pero hasta 1877 Zenker lo describió. Es el divertículo esofágico más común. Resulta de la herniación de la mucosa esofágica en un área de debilitamiento muscular conocida como dehiscencia de Killian, localizado entre el haz inferior del músculo constrictor inferior y el cricofaríngeo, localizado típicamente hacia el lado izquierdo del cuello. Resultado de la incoordinación en la función del músculo cricofaríngeo. Presentación después de los 50 años de edad. Síntomas de semanas a años, que incluyen disfagia a sólidos o líquidos, regurgitación de alimentos no digeridos, tos con la deglución, y halitosis extrema. El diagnóstico se realiza con estudio contrastado del esófago. Masculino 55 años. PA: un año con sensación de cuerpo extraño en faringe, disfagia a sólidos, halitosis, reflujo gastroesofágico, dolor, pérdida de peso (6-8 kg). Esofagograma con formación diverticular en tercio superior izquierdo. Se realizó diverticulectomía abierta con miotomía del cricofaríngeo, sutura en 2 planos. Esofagograma de control sin fuga de material de contraste. Egresó al 7º día. Seguimiento con adecuada evolución. Histopatológico: Divertículo de Zenker con inflamación crónica, cambios por manipulación quirúrgica. La escisión es el tratamiento y los abordajes pueden ser por vía endoscópica o a cielo abierto, pero a pesar de los avances endoscópicos, el tratamiento estándar de oro actual continúa siendo la diverticulectomía abierta con miotomía del cricofaríngeo, y es el cirujano general quien está capacitado para realizar este procedimiento sin tener que recurrir al tercer nivel de atención.

128 TC-160

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PATOLOGÍA ESOFÁGICA BENIGNA Y MALIGNA CON ESOFAGECTOMÍA Y REEMPLAZO ESOFÁGICO CON ASCENSO GÁSTRICO

Barrera RC, Tavera L JL, Cisneros LR
Departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Ignacio García Tellez" de León Guanajuato. Instituto Mexicano del Seguro Social. León Gto.

Antecedentes: La enfermedad esofágica benigna en etapa terminal y el cáncer de esófago requieren de un juicio clínico importante para elegir a los pacientes que deben someterse a esofagectomía y reemplazo esofágico. La fibrosis crónica esofágica originada por sustancias químicas, infecciones o fármacos, enf. por reflujo crónica, lesión yatrógena o traumática, acalasia o esclerodermia, múltiples procedimientos esofágicos previos como dilatación esofágica repe-

tida, escleroterapia enérgica y operaciones antirreflujo mal practicadas así como el cáncer de esófago de tercio medio e inferior sin evidencia de metástasis son también indicación de esofagectomía y reemplazo esofágico. Sin duda el órgano más utilizado es el estómago. **Objetivo:** Evaluar los resultados de la esofagectomía y reemplazo esofágico con ascenso gástrico en hospital de tercer nivel. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes sometidos a esofagectomía y reemplazo esofágico con ascenso gástrico del 1º de enero de 1996 al 1º de agosto del 2001. El estudio se realizó en el HECMN León Gto. Se revisaron indicaciones quirúrgicas, síntomas más frecuentes, técnicas empleadas, anastomosis esofagogástrica cervical o intratorácica, complicaciones postquirúrgicas y morbilidad. **Resultados:** Pacientes con patología esofágica en etapa terminal fueron 4, a uno se le realizó anastomosis cervical y a tres anastomosis intratorácica. Pacientes con cáncer de esófago fueron siete (5 de tercio inferior y 2 de tercio medio). A tres se les realizó anastomosis cervical y a cuatro anastomosis intratorácica. Los síntomas más frecuentes fueron disfagia de diverso grado, vómitos y pérdida de peso. De los pacientes a los que se les realizó anastomosis cervical (n:4) dos presentaron fuga anastomótica, un derrame pleural, una estenosis de anastomosis y una lesión del nervio recurrente izquierdo. Sólo una defunción por actividad metastásica. De los pacientes con anastomosis intratorácica (n:7) dos presentaron fuga de anastomosis, mediastinitis y sepsis falleciendo a causa de ésta, otro paciente falleció posteriormente por actividad metastásica. **Conclusiones:** En el tratamiento de los pacientes con patología esofágica benigna en etapa terminal y cáncer de esófago con esofagectomía y reemplazo esofágico con ascenso gástrico la anastomosis cervical mostró ser más segura, evitando el riesgo de mediastinitis y sepsis.

129 TC-173

MANEJO QUIRÚRGICO DEL DIVERTÍCULO DE ZENCKER

Velázquez GJ, Delgadillo TG, Serrano GI, Tinoco HA, González RF, Lorente LF, De La Fuente GM
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".

Objetivo: Presentar la experiencia en el manejo quirúrgico del divertículo de Zencker en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza. **Material y pacientes:** Se incluyeron a todos los pacientes con divertículo de Zencker, se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y abierto. Del expediente clínico se obtuvo la edad, sexo, días de estancia hospitalaria, cuadro clínico, metodología de estudio, procedimiento quirúrgico realizado y la morbilidad. **Conclusiones:** El divertículo de Zencker es una patología poco frecuente en nuestro medio, el diagnóstico por lo regular se realiza en forma tardía cuando el crecimiento es mayor, la detección oportuna y al manejo quirúrgico adecuado disminuyen la morbilidad.

130 TC-243

ENDOPRÓTESIS METÁLICA AUTOEXPANDIBLE EN CARCINOMA GÁSTRICO RECURRENTE A NIVEL DE LA ESOFAGOYUNOANASTOMOSIS

Delgado CL, Castro RJM, Hernández TMG, Sobrino CS, Alonso LO, Sánchez MJ, Hernández GA
Departamento de Endoscopia, Instituto Nacional de Cancerología. S.S.A.

Introducción: La disfagia es el principal síntoma de recurrencia local y carcinoma gástrico, se puede presentar como una lesión estenosante o polipoide en la anastomosis. La paliación endoscópica con endoprótesis ofrece ventajas sobre la cirugía en etapas avanzadas. **Objetivo:** Presentar un caso de una paciente con carcinoma gástrico recurrente tratado con prótesis metálica autoexpandible. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 65 años, con cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por dolor, distensión abdominal, pérdida de peso y melena. Endoscopia reporta lesión estenosante en cuerpo gástrico tratado con cirugía (gastrectomía total y esofagoyunooanastomosis en Y de Roux), presenta una fístula entero-

cutánea, se trata en forma conservadora. Cuatro meses después presenta disfagia, estudio endoscópico reporta una estenosis de la anastomosis, se inician dilataciones con balón hidráulico con respuesta parcial. A 7 meses de la cirugía presenta recurrencia en anastomosis, se inicia quimioterapia y radioterapia adyuvante. Estudio endoscópico de control reporta lesión submucosa de 7 mm y pérdida de la arquitectura mucosa y pliegues confluentes en asa eferente con pérdida de la elasticidad y paso difícil del endoscopio. El RHP negativo para malignidad por lo que se mantiene en vigilancia. Durante el seguimiento presenta disfagia a líquidos, mal estado general y estreñimiento. La endoscopia indica disminución de la luz en asa eferente y mucosa de aspecto infiltrante; se coloca sonda enteral. El RHP de adenocarcinoma moderadamente diferenciado recurrente. Fuera de tratamiento con intento curativo se decide colocar endoprótesis esofágica tipo Wallstent 20 mm de diámetro y 90 mm de longitud sin complicaciones.

ESTÓMAGO

131 TC-047

FÍSTULA GÁSTRICA, INFORME DE UN CASO

Noriega MO, Belmares TJA
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, S.L.P, S.L.P.

Antecedentes: Una fístula es una comunicación anormal, bien establecida entre dos superficies epitelizadas. Las fistulas gástricas son iatrogénicas por excelencia 85%. En resecciones gástricas la mortalidad es del 5-10% y morbilidad del 30%. La incidencia de fístula por falla de línea de sutura es menor al 1%. **Objetivo:** Informe de un caso. **Casos:** Femenino de 53 años, antecedente de seis cirugías previas. La última un mes antes por úlcera prepilórica perforada, en otra institución donde le realizaron Bilioth II. Ocurre dehiscencia de gastroyeyunoanastomosis y muñón duodenal, fistulizando a través de herida quirúrgica. Se maneja con nutrición mixta cerrando el muñón duodenal y es referida a nuestra institución. Ingresa con desnutrición (albúmina 2g), deshidratada (desequilibrio electrolítico severo), en malas condiciones generales, con fistulización y dehiscencia de la gastroyeyunoanastomosis mayor del 50% circunferencia. Mejorando sus condiciones generales, inicia alimentación enteral y parenteral. Durante la hospitalización presenta infecciones por klebsiella, enterobacter y candidiasis, dándole el manejo pertinente. Se realiza laparotomía 6 semanas posteriores con albúmina de 3.2 g; proteínas totales 8.07 g; Hb 12.2g/dl, 1,500 linfocitos, resto de exámenes normales. Se reseca segmento de yeyuno-estómago con 3 ostomías, haciendo anastomosis yeyuno-yeyuno término-terminal y una nueva gastroyeyunoanastomosis en Omega de Brown y yeyunostomía, se coloca SNG, cerrando la pared abdominal. Continúa la alimentación mixta al primer día postquirúrgico. Seis días después inicia VO, tolerándola. Alta 9 días postoperatorio con buena evolución y ganancia 10 kg de peso en 2 meses con IMC 23. Conclusiones: La mortalidad de fistulas gástricas es 50-75%, que disminuye hasta 23% en pacientes con nutrición parenteral.

132 TC-058

TRICOBEOZAR GÁSTRICO

Espinoza MO, Díaz TJ, Estrada GF, Nachón GF
Centro de Especialidades Médicas «Dr. Rafael Lucio» Xalapa, Ver.

Femenino 17 años, con hipoxia neonatal y retraso psicomotriz secundario. Proviene de medio socioeconómico bajo. Antecedentes de tricofagia cuando está bajo tensión detectado por sus familiares varios años atrás. Es llevada a consulta por hiporexia y baja de peso, refiriendo además dolor abdominal no bien definido. Clínicamente se encuentran zonas de alopecia, palidez de tegumentos, sin lograrse palpar ninguna anomalía abdominal. Ante los antecedentes, se realiza endoscopia, confirmándose la sospecha de tricobezoar, que impide el paso del instrumento al antro. Requiere hemotransfusión preoperatoria por tener Hb de 5.3 g. Se realiza gastrotomía y extracción de

gran tricobezoar que adopta la forma del estómago. Se egresa por mejoría al sexto día de postoperatorio y se canaliza a psiquiatría.

133 TC-068

ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA DEL 01/01/1994 AL 31/12/2000

Rodríguez FP, Velázquez RME, Jiménez PE
Hospital General Dr. Nicolás San Juan, ISEM, Toluca.

La úlcera péptica perforada tiene una mortalidad importante en pacientes seniles, cardiopatas, neumopatas y con trastornos metabólicos. Tradicionalmente se asocia al consumo de AINES, drogas, anti-reumáticos, inmunosupresores, tabaquismo, alcoholismo, estado socioeconómico y estrés urbano. **Objetivo:** Conocer los factores que han influido en la presentación de esta complicación, evolución postoperatoria y morbimortalidad asociada. **Material y métodos:** Es un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo, se utilizaron medidas de tendencia central para su análisis. Se incluyen todos los pacientes con úlcera péptica perforada ingresados el 01 de enero de 1994 al 31 de diciembre del 2000. Sin importar edad o sexo, descartando los pacientes con adenocarcinoma. **Resultados:** De 4,205 urgencias quirúrgicas, se encontraron 29 pacientes que equivale al .68%, contra un 8.5% a 17% de la literatura. La mayor incidencia fue de los 41 a los 70 años, repuntando entre los 45 a 50 vs 55 años en otros estudios. El 96.5% habían tenido tratamiento para la enfermedad acidopéptica, 37.93 antecedentes heredofamiliares, 65.51% AINES, 65.51% alcohol de moderado a intenso, tabaco en 62.06% y tan sólo el 24.1% tenían estudio endoscópico previo. El diagnóstico: clínico en 56% y el resto requirió de apoyo por gabinete. Tiempo de evolución previo a su ingreso: 0-24 hrs en 17.24%, 24 a 48 hrs en 37.93% y el resto después de las 48 hrs. Tamaño de la perforación: 0.5 a 1 cm en 41.37%, sin embargo un 17.24% de hasta 8 cm. El 82.76% fueron perforaciones gástricas, (antropiloro 37.93%). Morbilidad: 37.93% respiratorias; y la mortalidad de 24.13%, (10.34% sepsis, 6.89% neumonía y 6.68% FOM). Conclusiones: Nuestra incidencia es más baja que la reportada en la literatura, El promedio de edad se ha recorrido una década a la izquierda. Alcohol, tabaco, AINES y estrés igual que la literatura, nuestra mortalidad es muy alta por la demora en acudir al servicio para recibir tratamiento quirúrgico (rango de 12 a 168 horas y una moda mayor en el rango de las 24).

134 TC-072

CARCINOIDE GÁSTRICO ASOCIADO A CIRROSIS BILIAR PRIMARIA

Merino VMD, Camacho PC, Rodríguez HN, Olivares BJ, Alemán SA, Cortés MC, Ochoa AM, Hermosillo SJM,
Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS.

Antecedentes: Los tumores carcinoides ocurren en aproximadamente ocho por cien mil habitantes constituyendo entre 2 y 15% de todos los carcinoides. Se originan de células del neuroectodermo intestinal primitivo, capaces de sintetizar aminas y polipéptidos a partir de precursores. Su clasificación obedece a si proceden del intestino anterior, medio o posterior, lo cual influye en su localización y comportamiento. Los carcinoides gástricos están asociados a anemia perniciosa, Zollinger Ellison y MEN-1. **Objetivo:** Presentación de un caso de tumor carcinóide gástrico asociado a cirrosis biliar primaria. Informe del caso: Paciente femenino de 36 años, antecedentes heredofamiliares; enfermedad vascular cerebral, HAS, DM 2 y linfoma de Hodgkin. Antecedentes personales; resección de quiste mamarario, alérgica a sulfas y cirrosis biliar primaria desde los 30 años. Estando en protocolo para trasplante hepático al presentar STDA, se realiza endoscopia, encontrando además de várices esofágicas, como hallazgo incidental, múltiples pólipos gástricos, de predominio en curvatura mayor, mucosa atrófica y áreas de gastropatía congestiva, tomando biopsias las cuales reportan tumor carcinóide de crecimiento polipoide sobre gastritis atrófica con metaplasia intestinal, sin atipias, mitosis o angioinvasión. Realizándole nueva endoscopia con biopsia confirmando diagnóstico. **Resultados:** Se realiza gas-

trectomía total en octubre del 2002, con reconstrucción esófago-yeyunoanastomosis término-terminal, evolucionando sin complicaciones, actualmente continúa en espera de donador para realizarse trasplante hepático. **Conclusión:** La asociación entre cirrosis biliar primaria y carcinoide gástrico es muy rara pero ya ha sido reportada sin que exista una relación causa-efecto clara y está indicada la resección quirúrgica en caso de factores predictores de comportamiento maligno.

135 TC-134

TRICOBEOZAR Y ÚLCERA GÁSTRICA PERFORADA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Miranda SS, Pérez GR
Hospital Juárez de México.

Introducción: Los tricobezoar están constituidos por conglomerados de materias orgánicas humanas o animales. El cuadro clínico presenta epigastralgia, náuseas, vómitos, pirosis y tumoración abdominal. La serie gastroduodenal presenta defecto de llenado gástrico. El ultrasonido, la TAC y la endoscopia ayudan al diagnóstico. La laparotomía está reservada para complicaciones como perforación, hemorragia, u obstrucción. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 37 años de edad, con el antecedente de tricofagia de 2 años. Inicia su padecimiento al año con dolor cólico en epigastrio; posteriormente sensación de plenitud posprandial y náuseas. Quince días previos a su ingreso, presenta aumento de intensidad del cuadro acompañado de incapacidad para canalizar gases y defecar, distensión abdominal y vómito gástrico. A la EF se encuentra paciente taquicárdica, deshidratada, con abdomen globoso, masa en epigastrio, dolorosa a la palpación, signo de rebote en todo el abdomen, peristalsis ausente. Laboratorios: Leucocitosis 11,500/dl, neutrófilos de 87.5%, hemoglobina 8.7 g/dl, albúmina de 1.26 g/dl. Gabinete. TAC megaestómago por bezoar. Panendoscopia bezoar que ocupa todo el estómago, no es posible su extracción endoscópica. Se lleva a cabo cirugía. Hallazgos: material purulento en cavidad abdominal de 2,000 ml, úlcera gástrica perforada en curvatura menor de estómago y tricobezoar que ocupa todo el estómago y primera porción del duodeno. Se lleva a cabo lavado de cavidad peritoneal, extracción de tricobezoar por gastrotomía y cierre primario de la úlcera más gastrostomía. **Conclusión:** Paciente con tricofagia y formación de tricobezoar que originó úlcera gástrica por traumatismo directo, causando perforación y sepsis abdominal. Tratada quirúrgicamente con éxito.

136 TC-135

SARCOMA GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO

Garza SV, Gallo RM, Etchegaray DA, Vargas PM, Barrera RF, Aragón F, Solorio AJ
Hospital General de México.

Se trata de paciente masculino de 18 años de edad sin antecedentes familiares de importancia, con toxicomanías a base de cocaína y psicotrópicos. Sin antecedentes personales de importancia. Ingresó al servicio de urgencias por cursar 10 días previos con mareo, vómito de contenido gástrico, posteriormente presenta hematemesis en dos ocasiones de aproximadamente 500 ml y una evacuación melénica. Acompañándose de astenia, adinamia y mareo. Se realiza endoscopia en urgencias donde se encuentra hernia hiatal tipo I, con leiomioma de 5 cm de diámetro ulcerada en la región superior en curvatura mayor entre cuerpo y antro. Con Hb de 3.1, Hcto 10.3, Na 129, requiriendo de transfusión de paquetes globulares y reposición de líquidos. Se realiza intervención quirúrgica encontrando lesión exofítica de 5 x 4 x 8 cm en curvatura mayor en la región anterior del antro, sin cambios de coloración ni zonas de necrosis de consistencia blanda, irregular, se realiza antrectomía más gastro-yeyunoanastomosis término-lateral con variante de Hoffmaister más yeyuno-yeyuno anastomosis latero-lateral en omega de Brown antecólica e isoperistáltica + resección de ganglios subpilóricos y linfáticos sobre arteria hepática con colocación de penrose. Se envía a transoperatorio y se reporta sarcoma de bajo grado de malignidad. La importancia de presentar

este caso radica en la baja frecuencia con la que se presentan este tipo de pacientes por lo que es conveniente comentar el manejo definitivo de los mismos.

137 TC-218

GASTROSTOMÍA, TRATAMIENTO INOCUO DE LA DISFAGIA

Perez RR, Sánchez EA, Cornejo LG, Blanco BR
Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda CMN Siglo XXI, IMSS. Ciudad de México.

Antecedentes: Los procedimientos quirúrgicos tienen riesgos y complicaciones, así como indicaciones, por menores e inocuos que se les consideren, tal es el caso de la toma de biopsia por colonoscopias y de la gastrostomía abierta. **Caso clínico:** Masculino de 48 años de edad, originario de Cuernavaca Morelos, profesionista, con antecedente de colitis ulcerosa crónica inespecífica desde hace 8 años tratado en forma irregular con mesalazina, se realiza coloscopia de control encontrando pólipo colónico el cual se reseca, evolucionando con abdomen agudo, requiriendo laparotomía exploradora, la cual se realizó en HGZ No. 7 de Cuautla Morelos, realizando resección y colostomía terminal, cursando con pirosis y disfagia a líquidos y sólidos, en panendoscopia se encuentra estenosis de esófago, por lo que se realiza gastrostomía con fuga de material intestinal por la herida quirúrgica, por lo que se realiza gastrostomía total, con esofagostomía transhiatal y duodenostomía evolucionando con sepsis abdominal, gastos altos por duodenostomía, manejado con nutrición parenteral y antibioticoterapia, se ha intentado realizar enteroscopia por duodenostomía sin lograrlo por diámetro del orificio. Actualmente en espera de mejorar parámetros nutricionales para restablecer la continuidad del tubo digestivo. **Conclusiones:** Las indicaciones para la gastrostomía son diversas y heterogéneas, la gastrostomía no es un procedimiento inocuo, y se pueden presentar complicaciones en 7 a 10%, severas, que pueden poner en riesgo la vida del paciente, se deben seleccionar el tipo de pacientes que serán beneficiados con este procedimiento.

138 TC-234

EL SÍNDROME DE RAPUNZEL Y SUS COMPLICACIONES; PRESENTACIÓN DE UN CASO

Cárdenas GO, Montes de Oca DE, Vázquez CS, De la Chica GV, Chapa AO.
Hospital General de México, Servicio de Cirugía General.

Antecedentes: El término bezoar proviene del árabe badzher, que significa antídoto. También se aplica este término a la acumulación de cuerpos extraños en el tubo digestivo, como pelo (tricobezoar), vegetales (fitobezoar), medicamentos y algunos otros. La presencia de los bezoares es rara, y el tratamiento es la extracción inmediata por las complicaciones que puede presentar, con lo que la mortalidad se acerca al 50%. El síndrome de Rapunzel es extremadamente raro, con menos de 10 casos reportados en la literatura; y se caracteriza por: 1) la presencia de un tricobezoar que inicia en el estómago y termina el intestino delgado o colon, 2) oclusión intestinal, 3) trastornos psiquiátricos y 4) tricofagia. **Caso clínico:** Se trata de paciente femenina de 17 años de edad con antecedente de esquizofrenia sin tratamiento médico adecuado, tricotilomanía y tricofagia de 2 años de evolución, ingresa al servicio de urgencias con dolor abdominal, vómito de características gástricas e incapacidad para evacuar y canalizar gases de 4 días de evolución, a la exploración física se encuentra tumoración en epigastrio de 15 x 10 x 10 cm, distensión abdominal y signos de irritación peritoneal con desequilibrio hidroelectrolítico severo. Se reanima con líquidos y electrolitos para realizar laparotomía exploradora y gastrotomía encontrando un bezoar ocupando todo el estómago, además de tres bezoares en intestino delgado a 100 cm del ángulo de Treitz que provocaron perforación de un segmento de 20 cm de yeyuno, se extraen los bezoares y se reseca este segmento, se construye una yeyunostomía de Brooke por presentar sepsis abdominal, con desarrollo de falla orgánica múltiple y fallece tres días después de la cirugía.