

Cirujano General

Volumen **25**
Volume

Suplemento **1**
Suplemento

Octubre-Diciembre **2003**
October-December

Artículo:

Trabajos en Cartel del 139-251

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

- | | | | |
|----|---|-----|---|
| 90 | Tricobezoar. Reporte de un caso. | 95 | Resección laparoscópica de quiste hepático gigante. |
| 90 | Melanoma metastásico a estómago como causa de sangrado de tubo digestivo alto. | 96 | Cistoadenocarcinoma papilar hepático vs vesicular. |
| 90 | Caso de tricobezoar gástrico manifestado como neumoperitoneo. | 96 | Fístula colecisto-colónica y neuromas en vesícula biliar. |
| 90 | Hernias diafragmáticas gigantes. Reporte de 3 casos. | 96 | Fístula biliopleural como complicación del manejo de la lesión de la vía biliar. Presentación de dos casos. |
| 91 | Hernia diafragmática postraumática tardía. | 97 | Absceso hepático amebiano: reporte de 26 años. |
| 91 | Mediastinitis por perforación colónica secundaria a hernia diafragmática anterior izquierda postraumática. | 97 | Síndrome icterico en hospital de segundo nivel. |
| 91 | Hernia inguinoescrotal gigante. | 97 | Prevalencia de hepatocarcinoma en pacientes con hipertensión portal hemorrágica manejada quirúrgicamente. |
| 91 | Hernia de morgagni. Revisión de la literatura y presentación de caso. | 98 | <i>Situs inversus</i> , colecistitis crónica litiásica y coledocolitiasis; presentación de un caso. |
| 91 | Tratamiento quirúrgico de la hernia diafragmática. | 98 | Abscesos hepáticos múltiples en un paciente con <i>situs inversus</i> total. Presentación de un caso. |
| 92 | Evisceración secundaria a prótesis de cadera. | 98 | Agenesia vesicular. |
| 92 | Hernia paraduodenal izquierda: una causa inusual de obstrucción intestinal. | 98 | Quiste hepático. Caso clínico. |
| 92 | Leiomioma de cordón espermático simulando una hernia inguinal encarcelada. | 98 | Carcinoma de ampulla de vater en un paciente de 26 años. Caso clínico. |
| 92 | Hernia de bochdalek en una mujer adulta asociada a pancreatitis y embarazo. | 99 | Coledocolitiasis gigante: caso clínico. |
| 93 | Hernia crural con apéndice cecal en saco herniario: reporte de un caso. | 99 | Vesícula intrahepática. Manejo quirúrgico. |
| 93 | Hernia inguinal complicada. | 99 | Invasión masiva de la vía biliar por <i>ascaris lumbricoides</i> . Informe de un caso. |
| 93 | Manejo quirúrgico de la hernia de grynfeldt-lesshalf, reporte de un caso. | 99 | Manejo conservador de coledocolitiasis residual gigante en ancianos. |
| 93 | Obstrucción intestinal secundaria a hernia interna encarcelada por apéndice cecal en herradura. Informe de un caso. | 99 | Ileo biliar. Reporte de tres casos. |
| 94 | Ileo biliar como causa de oclusión intestinal crónica. | 100 | Derivaciones bilioentéricas. |
| 94 | Quiste de colédoco. | 100 | Lupus eritematoso asociado a ascariasis de la vía biliar. Reporte de un caso. |
| 94 | Ileo biliar, reporte de dos casos. | 100 | Tumoración abdominal como manifestación de absceso hepático amibiano. |
| 94 | Redicidiva de litiasis biliar debido a remanente de vesícula. | 100 | Fístula colecistocutánea, presentación de un caso y revisión en la literatura. |
| 94 | Colocación de catéter intra-arterial para quimioterapia selectiva en metástasis hepática. | 101 | Hígado multilobulado: reporte de hallazgo quirúrgico en laparoscopia. |
| 95 | Íleo biliar, informe de un caso. | 101 | Síndrome de bouveret's: reporte de un caso. |
| 95 | Disfunción del esfínter de oddi. Presentación de un caso. | 101 | Hiperplasia nodular focal, hallazgo transoperatorio durante una colecistectomía laparoscópica. Presentación de un caso. |
| 95 | Obstrucción duodenal por lito biliar a fístula colecistoduodenal. | | |

- 101 **Ileo biliar. Revisión de la literatura y presentación de caso.**
- 101 **Proteína c reactiva en pacientes con colecistitis litíase.**
- 102 **Quiste hepático simple biliar. Tratamiento laparoscópico.**
- 102 **Absceso hepático piógeno complicado a pleura y síndrome de papillon-lefèvre. Reporte de un caso.**
- 102 **Adenocarcinoma mucinoso de vesícula biliar. Reporte de caso.**
- 102 **Hepatocarcinoma pediculado. Reporte de caso.**
- 103 **Quiste de colédoco. Reporte de dos casos.**
- 103 **Hepatocarcinoma, la presentación benigna no lo excluye, reporte de un caso.**
- 103 **Exploración de vías biliares mediante colangioscopia: perspectiva y experiencia en un centro médico de segundo nivel.**
- 103 **Asa bilióyeyuno-subcutánea para acceso endoscópico en reparación de vías biliares.**
- 104 **Manejo de aneurismas de arteria hepática y mesentérica superior con colis.**
- 104 **Hemoperitoneo y hemotórax secundario a ruptura hacia cavidad peritoneal por hepatocarcinoma. Presentación de un caso y revisión.**
- 105 **Colecistitis y situs inversus.**
- 105 **Quiste de colédoco. La importancia de la clínica.**
- 105 **Ictericia obstructiva litíase y malformación congénita de las vías biliares.**
- 105 **Quiste hepático gigante. Presentación de caso clínico y revisión bibliográfica.**
- 105 **Quiste hepático gigante asociado a c.c. litíase y h. Umbilical en senil.**
- 106 **Quiste de colédoco, reporte de un caso y revisión bibliográfica.**
- 106 **Absceso hepático por histoplasma. Informe de un caso.**
- 106 **Manejo quirúrgico de las lesiones sólidas y quísticas benignas del hígado.**
- 106 **Quimioterapia intra-arterial en neoplasias hepáticas primarias y metastásicas no-resecables. Indicaciones, ventajas y desventajas.**
- 107 **Hemangioma cavernoso de hígado. Indicaciones y resultados de la resección quirúrgica.**
- 107 **Trombosis mesentérica en toxoplasmosis generalizada (reporte de caso).**
- 107 **Tratamiento conservador comparado con medicina hiperbárica en síndrome de fournier.**
- 108 **Coccidioidomicosis peritoneal.**
- 108 **Pielonefritis enfisematosa.**
- 108 **Manejo de la pielonefritis enfisematosa: reporte de un caso.**
- 108 **Terapia húmeda en el manejo de fascitis necrotizante.**
- 108 **Amebomas múltiples.**
- 109 **Sepsis abdominal y sarcoma del estroma intestinal. Reporte de un caso.**
- 109 **Micetoma intraabdominal: reporte de un caso.**
- 109 **Estudio prospectivo, aleatorio y comparativo del uso de yodoforos para la profilaxis de la infección superficial de las heridas quirúrgicas contaminadas y sucias.**
- 109 **Absceso amebiano del psoas.**
- 110 **Intususcepción ileotransversa secundaria a mucocele apendicular.**
- 110 **Quiste de mesenterio simple. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía.**
- 110 **Obstrucción duodenal secundaria a pancreatitis necrótica estéril; reporte de un caso.**
- 110 **Tumor desmoplásico de células redondas como causa de abdomen agudo. Reporte de un caso.**
- 111 **Diverticulosis yeyunal, reporte de 1 caso.**
- 111 **Leiomioma parásito del intestino delgado. Reporte de un caso.**
- 111 **Miofibromatosis infantil intestinal única. Reporte de un caso.**
- 111 **Alternativa no quirúrgica en el manejo de las fístulas intestinales en pacientes con abdomen abierto.**
- 112 **Sistema de succión continua controlada en el manejo de fístula duodenal.**
- 112 **Pneumatosis intestinal (reporte de un caso).**
- 112 **Perforación de asa yeyunal secundaria a liposucción de abdomen, reporte de caso.**
- 112 **Fitobezoar duodenal como causa de oclusión intestinal alta. Reporte de un caso.**
- 112 **Análisis de la obstrucción intestinal mecánica en un hospital de segundo nivel.**
- 113 **Intususcepción intestinal como causa de abdomen quirúrgico en la edad adulta.**
- 113 **Asociación inusual de complicaciones en enfermedad de crohn y enfermedad diverticular.**
- 113 **Adenocarcinoma sincrónico de duodeno y colon no relacionado a poliposis.**

Trabajos en cartel

- | | | | |
|-----|---|-----|---|
| 114 | Tumores del estroma gastrointestinal (gist) con afección a mesenterio. Presentación de un caso y revisión de la literatura. | 116 | Pioderma gangrenoso paraestomal. Reporte de un caso. |
| 114 | Seudopólipo intestinal en yeyuno secundario a enfermedad de crohn. Presentación de un caso clínico y revisión bibliográfica. | 116 | Oclusión intestinal y cirugía laparoscópica. Reporte de dos casos. |
| 114 | Íleo biliar, reporte de un caso en el hospital Juárez de México | 116 | Mucocele apendicular. Presentación de un caso. |
| 114 | Fitobezoar intestinal. | 116 | Síndrome de obstrucción duodenal por pinza mesentérica. |
| 115 | Uso de la cápsula endoscópica en patología yeyuno-ileal. | 117 | Textiloma. |
| 115 | Oclusión intestinal por fibromatosis. | 117 | Diverticulitis apendicular, una causa rara de apendicectomía. Presentación de caso de abordaje laparoscópico y revisión de literatura. |
| 115 | Intususcepción intestinal en paciente adulto. Presentación de un caso. | 117 | Perforación intestinal secundaria a poliarteritis nodosa. |
| | | 117 | Intususcepción ileocólica en adultos. Reporte de caso. |



139 TC-263

TRICOBEOZAR. REPORTE DE UN CASO

Zendejas HJC

Hospital General Naucalpan, ISEM.

Antecedentes: los bezoares son concreciones de material no digerible que se acumula en el estómago, y el tricobezoar, está compuesto de pelo, y se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y se manifiesta con el retardo en el vaciamiento gástrico, dolor abdominal, sensación de plenitud, ulceración y hemorragia. **Caso clínico:** Se trata de paciente femenino de 19 años de edad, tras contar con una personalidad ansiosa, que inicia su padecimiento 25 días antes de su ingreso, con dolor en región abdominal, de tipo punzante agudo, localizado en hipogastrio, irradiado, hacia hipocondrio derecho, exacerbado con el movimiento, y disminuye con el reposo, acompañado de náuseas llegando al vómito de contenido alimentario, hiporexia, astenia adinamia, pérdida de peso de dos tallas, por lo que acude a nuestro servicio. EF: peso de 52 kg, TA: 120/80, T: 36.5. Paciente consciente, alerta, orientada en las tres esferas, con regular estado de hidratación, normocéfala, alopecia en región occipital, cardiopulmonar sin datos patológicos. Abdomen globoso, con hiperestesia e hiperbaralgesia negativas, ruidos peristálticos presentes, blando depresible, con tumoración en región epigástrica de aproximadamente de 7 cm por 5 cm, con superficie irregular, doloroso a la palpación, móvil, genitales con alopecia en labios mayores, ausencia de vello axilar. Laboratorio: HB: 9.1, hto: 27, L: 8800, G: 71, TP: 14, TPT: 33, Grupo: 0+, PFH: normales. RX: simple de abdomen con desplazamiento de colon, SEG: con dilatación gástrica, y rechazo al material de contraste hacia las paredes, y paso a duodeno en poca cantidad. **Discusión:** Los trastornos de ansiedad presentan repercusiones medicoquirúrgicas, como es el caso de los bezoares, específicamente el tricobezoar, con un desarrollo lento y con repercusiones generales, como la desnutrición, anemia, etc., por lo que ameritan un manejo multidisciplinario.

140 TC-295

MELANOMA METASTÁSICO A ESTÓMAGO COMO CAUSA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTOCampos-Campos SF, Baltazar-Montufar P, Aguirre-García J, Silva-Castro L, Palomares-Mancilla P
Hospital de Especialidades MIG.

Antecedentes: El tubo digestivo rara vez es receptor de metástasis de otros tumores no gastrointestinales. Más aún el tracto gastrointestinal con frecuencia genera metástasis hacia otros órganos. El cáncer de estómago es el tumor del tracto digestivo más frecuente en nuestro medio, pero rara vez es asiento de metástasis de otros tumores. **Objetivo:** Informar un caso de melanoma plantar metastásico a estómago que se manifiesta como sangrado de tubo digestivo alto. **Material y métodos:** Se trata de paciente masculino de 65 años de edad con antecedente de diabetes mellitus no insulino dependiente, hipertensión arterial sistémica controlada e hipopigmentación cutánea. Como antecedente de importancia para el padecimiento actual tiene el haber sido operado por melanoma plantar ocho años antes del motivo del problema actual. En esa ocasión se realizó escisión amplia de melanoma con colocación de injerto cutáneo en el sitio de la resección y disección inguinal. No se consideró necesario realizar tratamiento postoperatorio. Se le dio seguimiento con observación por cinco años y fue dado de alta sin actividad tumoral. En esta ocasión el paciente ingresa por sangrado de tubo digestivo alto manifestado por hematemesis de sangre fresca y melena sin repercusión hemodinámica. Se realizó estudio endoscópico el cual mostró cinco lesiones polipoideas sésiles en fondo y curvatura mayor del estómago, de 5-7 mm de diámetro y 2 mm de altura, de coloración "negruzca". Las biopsias de estas lesiones se estudiaron con hematoxilina y eosina y posteriormente se les realizó inmunofluorescencia que confirmó la presencia de melanoma. Los estudios de extensión (ultrasonido y tomografía computada) mostraron enfermedad metastásica en hígado, pulmón y ganglios retroperitoneales. El

paciente fue enviado a quimioterapia. **Conclusiones:** El melanoma es un tumor de elevada letalidad que después de tratamiento, a pesar de que ha pasado un tiempo largo, es capaz de manifestar actividad tumoral. El estómago, que normalmente es productor de metástasis, también puede ser asiento de metástasis de otros tumores. El melanoma es un tumor que puede anidar células metastásicas en estómago. El melanoma metastásico a estómago puede manifestarse como sangrado de tubo digestivo alto.

141 TC-317

CASO DE TRICOBEOZAR GÁSTRICO MANIFESTADO COMO NEUMOPERITONEO

Sánchez AH, León AM, Díaz EJA, Villegas CO, Gálvez HC

San José-Tec. de Monterrey, EGRAM-ITESM, Monterrey, N. L., México.

Antecedentes: Los bezoares suelen desarrollarse tras la ingesta de material extraño que se acumula en el tracto gastrointestinal. «Bezoar» proviene del Árabe badzehr o del Persa panzehr, que significa antídoto o contraveneno. En la antigüedad eran extraídos del tubo digestivo de los animales asignándoseles fines curativos. Su prevalencia en humanos es baja (< 1% de las endoscopias). Sin embargo, si no son tratados oportunamente se asocian con una mortalidad hasta de un 30% cuando se complican. Cuando los bezoares se componen de cabello, se denominan tricobezoares. En el HSJ se han registrado solamente 2 casos desde 1990. **Objetivos:** Demostrar en forma retrospectiva la peculiar presentación de una patología gastrointestinal relativamente rara. **Resultados:** De 1990 al 2003, solamente ha habido 2 casos de tricobezoar en nuestro hospital. Ambos sucedieron en pacientes femeninos menores de 25 años. Compartían un desorden conductual subyacente, consistente en tricotilomanía y tricofagia. Se presentaron como masas palpables en epi-mesogastrio acompañadas de dolor abdominal. Un caso se presentó además con neumoperitoneo. Fueron extraídos mediante una gastrotomía. El primero medía 22.5 x 17 x 9 cm y pesó 585 g. El segundo midió 34 x 25 x 12 cm y pesó 1,009 g, adoptando este último la forma completa del estómago y duodeno. Se presenta un análisis detallado de esta patología, así como el manejo implementado y la evolución postquirúrgica de dichos casos. **Conclusiones:** Consideramos importante el compartir con toda la comunidad médica las experiencias vividas en cuanto al manejo quirúrgico de los tricobezoares, justificado por su rara incidencia.

HERNIAS

142 TC-083

HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS GIGANTES. REPORTE DE 3 CASOS

Delgadillo TG, González RF, Leguizamo CI, García VC, Hernández CJ, Quiroga VH

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".

Objetivo: Presentar tres casos de pacientes jóvenes con diagnóstico de hernia diafragmática gigante, una secundaria a traumatismo y dos de origen congénito. **Presentación de casos:** El primer caso masculino de 28 años de edad con cuadro de 4 años de evolución caracterizado por la presencia de dolor en cuadrante superior izquierdo y hemotórax izquierdo, disnea de grandes esfuerzos, se realiza protocolo de estudio y se encuentra hernia diafragmática gigante, realizándose plástia con colocación de malla por un defecto gigante de 20 x 18 centímetros. El segundo caso masculino de 18 años de edad con antecedente de traumatismo contuso al caer de 2 metros de altura, hace 1 mes presenta dolor espontáneo localizado en epigastrio, estado nauseoso y vómito en 3 ocasiones de contenido gastroalimentario, se toman radiografías de tórax y abdomen donde se observa la presencia de hernia diafragmática gigante, se realiza plástia diafragmática con malla con hallazgos de hernia gigante con defecto de 12 x 7 centímetros posterior, conteniendo de epiplón mayor, estómago proximal, ángulo esplénico del colon y polo superior del bazo. El tercer caso presenta cuadro de disnea e intole-

rancia parcial a la vía oral, se realiza también plastía diafragmática. Los tres pacientes presentan buena evolución postoperatoria hasta el momento y sin complicaciones del procedimiento. **Conclusiones:** Las hernias diafragmáticas pueden ser congénitas o adquiridas por traumatismo contuso principalmente. La realización de plastía con colocación de malla da buenos resultados y evita la recidiva, sobre todo cuando se trata de defectos herniarios grandes.

143 TC-092

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA TARDÍA

Rodríguez PC

Hospital General de Acatlán de Osorio Puebla. SSA.

Introducción: Las lesiones diafragmáticas consecutivas a traumatismos cerrados o heridas penetrantes tóraco-abdominales constituyen situaciones clínicas de índole eminentemente quirúrgico. **Objetivo:** Dar a conocer un caso de hernia diafragmática postraumática tardía. **Material y métodos:** Masculino de 25 años con un padecimiento de 5 años de evolución posterior a trauma torácico bajo en hemitórax izquierdo y ha cursado con cuadros de obstrucción intestinal intermitente. Ingresó con un P.A. iniciado el 23-01-00 por ingesta de bebidas etílicas y comida copiosa, presenta dolor abdominal cólico en epigastrio, mesogastrio, CID, vómito y 38.5 GC de temperatura, con manejo particular sin mejoría. E.F. Tranquilo, mucosa oral seca, T/A = 130/70, FR = 28X', FC = 125X', T = 38 GC, cardiopulmonar sin compromiso, distensión abdominal moderada y dolor a la palpación media en epigastrio, peristalsis hipoactiva, no I.P. Alta voluntaria el 31-01-00 y re-ingresa el 02-02-00, con vómitos posprandiales inmediatos, canaliza gases por recto en forma esporádica, se coloca SNG y drena en pozos de café. E.F. Intranquilo, deshidratado, T/A = 100/70, FC = 108 X', FR = 26X', T = 36.7 GC. Cardiopulmonar sin compromiso, abdomen distendido en forma leve, peristalsis hipoactiva, no I.P. no plastrones, llenado capilar de 4 seg. Rx de tórax con patrón austral en base de hemitórax izquierdo. Rx de abdomen no se puede observar la mitad del colon transversal. Panendoscopia de tubo digestivo alto con diagnóstico de Pb hernia diafragmática con herniación de estómago a tórax, se realiza cirugía. Resultados: Hernia diafragmática con herniación de estómago, colon transversal y epiplón mayor sin saco peritoneal con adherencia a pleura. **Discusión:** En estas lesiones de no cumplirse con el requisito fundamental de la oportunidad en el diagnóstico, se generan complicaciones graves que son causa de morbilidad y mortalidad elevadas. **Conclusiones:** La ruptura diafragmática puede ocurrir en un 10 a 15% en trauma penetrante bajo de tórax. El 25% de ruptura del diafragma son resultados por trauma penetrante. Existe en común de acuerdo en que epiplón, estómago, vaso y colon, son las estructuras que más frecuentemente se alojan en el tórax en la hernia diafragmática postraumática.

144 TC-110

MEDIASITIS POR PERFORACIÓN COLÓNICA SECUNDARIA A HERNIA DIAFRAGMÁTICA ANTERIOR IZQUIERDA POSTRAUMÁTICA

Ricárdez J, Regalado JG, Barrera JL

Hospital General Salamanca, Guanajuato.

Reporte de caso: Resumen clínico. Paciente masculino 29 años, el cual acude al servicio de urgencias por disnea, tos seca y dolor en hemitórax izquierdo, se solicitó tele de tórax, con imagen compatible con neumotórax izquierdo y probable bula. Con antecedente de herida punzocortante en hemitórax izquierdo en 9º espacio intercostal en línea axilar anterior y cuadros de constipación posterior al evento. Sin otros antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Manejo inicial. Se colocó sonda de pleurostomía con mejoría parcial, el control radiográfico encontramos sonda acodada, 12 hrs posteriores a la recolocación de ésta presenta salida de materia fecal por la misma. Manejo quirúrgico. Laparotomía exploradora, encontramos hernia diafragmática anterior izquierda, contenido colónico transversal y descendente de 150 cm con datos de isquemia y perforación puntiforme con materia fecal libre en hemitórax izquierdo, se realizó plastía

diafragmática con defecto 7 cm en región de cúpula diafragmática y colostomía con bolsa Hartmann. Toracotomía postero-lateral izquierda lavado con solución, extracción de materia fecal y colocación de sonda de pleurostomía. Evolución. Fiebre al 3er día manejado con cefotaxima, metronidazol y amikacina, se cambia esquema a imipenem con mejoría clínica, buena evolución, se retira sonda de pleurostomía y placas de control con datos de cisuritis y mínimo derrame pleural. Su evaluación en consulta externa a la mejoría. Add. Contamos con fotografías clínicas, transoperatorias y posoperatorias.

145 TC-111

HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE

Ricárdez J, Regalado JG, Barrera JL

Hospital General Salamanca, Guanajuato.

Reporte de caso: Resumen clínico. Paciente masculino 44 años con hernia inguino-escrotal izquierda gigante de 30 años de evolución, asintomática referida por el paciente, así como obesidad mórbida, hipertensión arterial, el cual acude por la consulta externa para corrección quirúrgica. Manejo quirúrgico. Se inició reducción de saco herniario por vía inguinal sin éxito, requiriendo de LAPE y reducción bimanual, sin éxito, se decide abrir saco herniario encontrando contenido de colon sigmoidees 40 cm y vejiga, se reduce con éxito y se procede a cierre de saco herniario y corrección del defecto afrontando área conjunta con Poupard y posteriormente colocando malla de prolene técnica Lichsetenstein. A nivel abdominal con sigmoidees muy redundante, incapacidad para cierre y alto riesgo de volvulación se realizó colostomía con bolsa de Hartmann y cierre primario de heridas. Evolución. El paciente presenta evolución favorable, es egresado al tercer día posoperatorio y vigilado en consulta externa, encontrando fibrosis a nivel escrotal importante, retracción de colostomía, no hay evidencia de recidiva herniaria. Se programará para cierre de colostomía en 3 meses. ADD. Contamos con fotografías pre-trans y post-operatorias así como de su evolución.

146 TC-189

HERNIA DE MORGAGNI. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE CASO

Domínguez CL, Méndez VG, Cortés MS, Cárdenas CL, Nuñez GE, Tort MA, Martínez LO

Hospital Regional 1º de Octubre; ISSSTE. México, D.F.

La hernia diafragmática de Morgagni es un defecto congénito descrito por primera vez en 1761; generalmente se diagnostica en la edad adulta ya que puede presentarse con síntomas inespecíficos y algunas veces relacionado con traumatismo abdominal, aumento de la presión intraabdominal, obesidad, etc. Es un tipo de hernia diafragmática congénita poco frecuente, se presenta aproximadamente en el 2-3% de los casos. La mayoría son asintomáticas y se diagnostican de forma incidental sólo con una tele de tórax, además de TAC, RM, estudios contrastados; su contenido puede ser epiplón, colon transversal, hígado, intestino delgado, estómago o vesícula. Se presenta el caso de una mujer de 63 años, se trató con toracotomía anterolateral derecha encontrándose hernia de 6 x 6 cm, con un saco de 14 cm con epiplón de contenido realizándose cierre primario con sutura no absorbible del diafragma a la parrilla costal, actualmente sin recurrencia. El tratamiento quirúrgico puede ser por vía abdominal o torácica; actualmente se prefiere el abdominal, pero si se sospecha de adherencias del epiplón al pericardio se prefiere el abordaje torácico. El abordaje laparoscópico se considera una gran ventaja debido a la mínima invasión y recuperación más rápida del paciente.

147 TC-223

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA

Borrego BR, Chávez EJ, Sánchez AJ

Propósito: Mostrar 4 casos clínicos y el tipo de abordaje quirúrgico realizado para la reparación de la hernia diafragmática. **Objetivo:**

Casos clínicos en cartel mostrando la etiología, presentación y abordaje quirúrgico de cada caso. **Información general:** El diafragma se considera la segunda estructura muscular más importante para la vida después del corazón. Se ha incrementado en este último siglo por las lesiones por armas de fuego en la vida civil ciudadana o debida a trauma por vehículos de alta velocidad e incluso en lesiones por deportes y guerras. Una hernia diafragmática postraumática o eventración, se constituye por el prolapso del contenido abdominal hacia la cavidad torácica, sea del lado derecho o del lado izquierdo que es más frecuente. Debido en su mayoría a lesiones tóraco-abdominales en el 70% al 90% de los casos presentando prolapso herniario en el 50% de los mismos en etapa aguda. Sin un verdadero saco herniario puede ser diagnosticada al momento de la lesión o después de varios años de sucedido el traumatismo. Incluso puede ser asintomática hasta por 50 años, a su vez toda lesión del diafragma no diagnosticada a tiempo producirá eventualmente una hernia, generalmente multivisceral que es su principal complicación. La hernia congénita en la mayor parte de los casos compromete la vida y requiere tratamiento al momento del nacimiento aunque se reportan tratamientos in útero en estados unidos. La hernia del diafragma es poco frecuente, ocurre en el 0.8 al 1.6 y hasta el 5.8% de los traumatismos tóraco-abdominales cerrados. Sin embargo, se ha incrementado su frecuencia y se presume que en el 60 al 80% de las lesiones multiorgánicas postraumáticas graves, el diafragma está involucrado. Se presenta en personas en promedio de 30 años. En la hernia diafragmática el paso de órganos abdominales es más frecuente en el diafragma izquierdo siendo los más frecuentes estómago, epiplón, colon, presentando incluso bazo e intestino delgado. Los síntomas más frecuentes son reflujo, sensación de plenitud, borborigmo, dolor abdominal, obstrucción de tubo digestivo, puede acompañarse de disnea, taquicardia, arritmias, choque y muerte. Dentro de los signos se pueden encontrar disminución de los movimiento respiratorios del hemitórax afectado, polipnea, signos de dificultad respiratoria, hipotensión y peristaltismo en la auscultación de tórax. Los estudios auxiliares de gabinete son tele de tórax y lateral de tórax, serie esófago gastoduodenal, colon por enema y transito intestinal, fluroscopia, ultrasonograma torácico, topografía computada y resonancia magnética.

148 TC-232

EVISCERACIÓN SECUNDARIA A PRÓTESIS DE CADERA

Cajica LA, Nájera GN, Gómez HJB, Céspedes E, Estrada A, Alonso AV, Rosales
Hospital General Regional # 1 Gabriel Mancera México D.F.

Objetivo: Análisis y presentación de un caso de evisceración posterior a prótesis de cadera después de 2 años de la cirugía. **Material y métodos:** Femenino de 73 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial de larga evolución, con antecedentes quirúrgicos de plastía inguinal bilateral en 1976 y posteriormente reoperado por recidiva en 1996 con colocación de malla en el lado izquierdo, con antecedente de fractura en cuello de fémur en 1998 y manejada con prótesis de cabeza femoral, posteriormente desarrolla infección de la herida quirúrgica y se maneja con desbridamiento. Acude al servicio de urgencias refiriendo que después de un episodio de tos presenta evisceración espontánea en flanco izquierdo. Es manejado con laparotomía, resección intestinal y anastomosis con reparación del defecto de pared con malla de polipropileno. La paciente evoluciona de manera satisfactoria. **Conclusión:** La evisceración posterior a una cirugía de cadera es inusual después de dos años, presentamos los resultados en un caso y su manejo.

149 TC-236

HERNIA PARADUODENAL IZQUIERDA: UNA CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Sánchez-Pérez MA, Muñoz-Juárez M, Luque-de León E, Moreno-Paquentin E
Departamento de Cirugía del American British Cowdray Medical Center, México D.F.

Las hernias paraduodenales son una causa inusual de obstrucción intestinal. El diagnóstico temprano es fundamental para evitar complicaciones por perforación intestinal y sepsis abdominal. Presentamos un caso de hernia paraduodenal izquierda y su manejo. Masculino de 53 años con dolor abdominal, náusea, vómito, constipación y distensión abdominal de 6 horas de evolución. Clínicamente se encontró con dolor abdominal difuso y distensión moderada. La biometría hemática mostró leucocitosis de 12,000. Las radiografías y tomografía de abdomen mostraron asas de delgado dilatadas con niveles hidroaéreos. Se realizó el diagnóstico de obstrucción intestinal y el paciente fue llevado a quirófano. El abordaje inicial fue laparoscópico, con conversión a laparotomía. Se encontró una hernia paraduodenal izquierda conteniendo 1.5 m de intestino delgado. Se redujo el contenido y se obliteró el defecto con sutura continua no absorbible. El paciente egresó al decimocuarto día postoperatorio por íleo prolongado manejado médicamente. Las hernias internas representan hasta 0.9% de los casos de obstrucción intestinal, siendo las hernias paraduodenales las más frecuentes. La presentación clínica más frecuente es una obstrucción intestinal total aunque puede haber cuadros repetitivos de obstrucción parcial con remisión espontánea. El tratamiento consiste en la reducción del contenido herniario y la obliteración del defecto herniario mediante una sutura continua de material no absorbible colocada cuidadosamente para evitar lesionar los vasos mesentéricos. El abordaje laparoscópico debe considerarse como la primera elección. El buen juicio quirúrgico debe preponderar para evitar lesionar órganos intraabdominales, y de ser necesario, se debe efectuar conversión a laparotomía, como en el caso presentado.

150 TC-239

LEIOMIOSARCOMA DE CORDÓN ESPERMÁTICO SIMULANDO UNA HERNIA INGUINAL ENCARCELADA

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

Los sarcomas paratesticulares son tumores poco frecuentes y generalmente se presentan como una masa inguinal, escrotal o ambas, indoloras y de crecimiento progresivo. Presentamos el caso de un paciente adulto con leiomiomasarcoma de cordón espermático que simulaba una hernia inguinal encarcelada. Masculino de 63 años de edad con presencia de hernia inguinal izquierda y tumoración inguinal derecha sugestiva de hernia inguinal encarcelada. Los hallazgos intraoperatorios mostraron un tumor dependiente del cordón espermático derecho y hernias inguinales bilaterales. El reporte histopatológico transoperatorio fue de sarcoma de alto grado, por lo que se realizó orquiectomía radical derecha. Se completó la plastía inguinal derecha sin malla e izquierda con malla de prolene. Se verificó que los márgenes quirúrgicos estuvieron libres de tumor. Los estudios de extensión mostraron negatividad de enfermedad metastásica. La serie de casos de sarcomas del cordón espermático evaluada en el MD Anderson en un periodo de 42 años muestra un total de 32 pacientes. La presentación clínica más frecuente es una masa inguinal de crecimiento progresivo e indolora. Pueden ser diagnosticados de manera incidental al realizar cirugía correctiva de hernia inguinal. Una vez hecho el diagnóstico, es obligado realizar orquiectomía radical con ligadura alta del cordón y verificar la ausencia de tumor en los márgenes quirúrgicos. En este tipo de tumores, la utilidad del tratamiento adyuvante mediante linfadenectomía retroperitoneal, quimioterapia y radioterapia continúa siendo incierto, y el seguimiento debe incluir evaluación clínica continua y estudios de imagen (ultrasonido y tomografía) por el riesgo de recurrencia local.

151 TC-266

HERNIA DE BOCHDALEK EN UNA MUJER ADULTA ASOCIADA A PANCREATITIS Y EMBARAZO

Calvo-Ibarrola JB, Santiago-Prieto AC, Meza-Vudoyra MA, Aristi-Urista G

Objetivo: Presentar un caso de hernia de Bochdalek peculiar, con el fin de tener el diagnóstico en mente en pacientes que se presentan

en los servicios de urgencias, y que requieren tratamiento quirúrgico. **Antecedentes:** La hernia diafragmática congénita más frecuente es la que ocurre a través del canal posterolateral del diafragma, llamada hernia de Bochdalek (HB). La mayor parte de los pacientes presentan síntomas en el período neonatal temprano; sólo el 5% de las HB se diagnostican en vida adulta, generalmente son asintomáticas y las complicaciones por herniación son raras, de tal forma que los reportes son escasos (aproximadamente 100). Las vísceras que se hernian más frecuentemente son intestino delgado, colon y omento. En casos con estrangulación la mortalidad es elevada (32%). **Caso clínico:** Mujer de 21 años de edad con cuadro clínico de pancreatitis aguda y dificultad respiratoria. Se realizó telerradiografía de tórax y se diagnosticó hidroneumotórax izquierdo, se colocó sonda endopleural y murió al presentar coagulación diseminada y choque. En autopsia se encontró una hernia diafragmática congénita posterolateral izquierda (Bochdalek) extensa con herniación de intestino delgado, colon derecho y ligamento gastrocólico en cavidad pleural izquierda, gastroenterocolitis, hepatopatía isquémica aguda, pancreatitis e hipoplasia pulmonar izquierda y producto de embarazo de 16 semanas de gestación. **Conclusión:** Es probable que en esta mujer el aumento de la presión abdominal debido al embarazo contribuyera a la herniación y a la isquemia de las vísceras afectadas.

152 TC-269

HERNIA CRURAL CON APÉNDICE CECAL EN SACO HERNIARIO: REPORTE DE UN CASO

Toledo R, Pulido A, Basurto E, Cárdenas A, De la Rosa C, Rosas M

Se presenta el caso de paciente del sexo femenino de 66 años; sin antecedentes de importancia. Iniciando su padecimiento 50 días previos de su primera valoración médica, con dolor abdominal en fosa ilíaca derecha tipo cólico, posterior a esfuerzo físico intenso, notando la presencia de tumoración en región inguinal derecha, por lo que se realiza ultrasonido con datos compatibles de hernia inguinal derecha. A la exploración física región inguinocrural derecha con tumoración de 10 x 6 x 4 cm, de bordes bien definidos, leñosa, no móvil, superficie lisa, dolorosa a la presión, no reductible, sin movimientos transmisibles. Se diagnostica hernia crural derecha, programándose para cirugía electiva, con hallazgos transoperatorios de saco herniario crural de 10 x 8 x 7 cm, conteniendo epiplón y tercio distal y medial del apéndice cecal sin alteraciones, cirugía realizada: plastía McVay y apendicectomía. La literatura médica mundial describe como antecedente a la hernia de Amyand, sin embargo, este tipo se describe como hernia inguinoescrotal conteniendo el apéndice cecal; existe escasa literatura acerca de la hernia crural que contenga dicho elemento sin sintomatología aguda; en particular un reporte de caso en Turquía; sin embargo, como se describe, siempre debe realizarse apendicectomía cuando la exposición es adecuada sin agrandar la incisión, más aún si el proceso inicial la compromete.

153 TC-303

HERNIA INGUINAL COMPLICADA

Rodríguez CA

Hospital «Vasco de Quiroga» ISSSTE. Morelia, Mich.

Objetivo: Compartir nuestros resultados en cirugía urgente de hernia inguinal complicada. Material y métodos: Trabajo retrospectivo del 01-01-01 al 31-12-02, intervenidos 87 pacientes, 63 masculinos, 24 femeninas, edad entre 65-98 con una media de 85.5 años, todos con diagnóstico previo mínimo de 10 años, 6 con recidiva de más de 8 años, acuden a urgencias por dificultad para reducir la hernia, signos y síntomas de complicación, siendo intervenidos urgentemente, previa toma de estudios básicos pre-operatorios. **Resultados:** 21 diabéticos, 17 EPOC, 16 hipertensos, 1 Ca. mama, derechas 72, izquierdas 15, directas 76, indirectas 9, femorales 2, contenido 11 asas del delgado comprometidas, se les realizó resección con E anastomosis en dos planos, 37 no comprometidas, 32 epiplón, 6 vejiga, 2 sigmoides, saco herniario de 7 a 21 cm de longitud, se

repararon con técnica de Lichtenstein 79, 4 Mc. Vay, 2 Shouldice, dos conos de malla caseros (femorales), 1 reintervención por fuga intestinal, dos infecciones (fascia de Scarpa y Camper), 1 orquiectomía, estancia hospitalaria de 2 a 9 días, todos con Albúmina menor de 3 mg, hay tres recidivas (2 Mc. Vay, una malla). **Conclusiones:** Franco predominio en viejos, ancianos y hombres, todos desnutridos, la mayoría con patología cronicodegenerativa, aún persiste la idiosincrasia y algunos tabú de los beneficios de la cirugía oportuna, nuestras complicaciones a la par con otros reportes, no hubo defunciones, es conveniente hacer mayor énfasis en la cirugía oportuna para evitar complicaciones graves, así como estancias hospitalarias prolongadas.

154 TC-304

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA DE GRYNFELTL-LESS-HALFT, REPORTE DE UN CASO

López SR, Arévalo GS, López OR, Sánchez SJM, Lambertines GAD, Olmedo AP

ISSSTE Hospital José María Morelos y Pavón

Antecedentes: La hernia lumbar es aquella que protruye a través de un triángulo delimitado por la 12 costilla y borde inferior del serrato posterior inferior, borde posterior del oblicuo menor, borde anterior del espinal. Es poco frecuente siendo su relación hombre mujer de 3:1. Objetivo del estudio: Presentación de un caso y alternativa de manejo quirúrgico. **Informe del caso:** Masculino de 60 años sin antecedentes de importancia, refiere cuadro de 8 meses de evolución, dolor en región lumbar izquierda y presencia de masa, a la EF se encontró masa subcostal lumbar izquierda de 3 cm reductible dolorosa. Se realizó cirugía bajo BSA L1-L2 en decúbito prono, incisión transversa, disección de saco herniario, invaginación y aplicación de cono y placa de polipropileno y cierre por planos. Resultados: La hernia se redujo satisfactoriamente, desapareció el dolor, sin reacción a material protésico. **Conclusiones:** Consideramos que es una alternativa quirúrgica adecuada la colocación de cono y placa en el manejo QX de las hernias lumbares adquiridas no traumáticas.

155 TC-340

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA INTERNA ENCARCELADA POR APÉNDICE CECAL EN HERRADURA. INFORME DE UN CASO

Vázquez-Martínez AM, Rivera-Resendiz M, Oros-Ovalle C, García-Perales M, Guevara-Torres L

Hospital Central "Dr. I.M.P." S.L.P., Hospital General de Rioverde S.L.P.

Antecedentes: Las hernias internas son raras (< 5%). Principalmente son paraduodenales (53%) y pericecales (13%). Ocasionalmente se diagnostican antes de la cirugía, siendo la oclusión intestinal la presentación más frecuente. Las malformaciones del apéndice son raras, incluyen ausencia, duplicación, divertículos y mucosa heterotópicas. **Objetivo:** Informe de un caso. **Caso clínico:** Masculino de 78 años, sin antecedentes de importancia. Padecimiento de 72 hrs. de evolución con distensión abdominal, náusea, vómito gastrobiliar y posteriormente fecaloide, dolor cólico generalizado, sin canalizar gases ni evacuaciones, fiebre no cuantificada. Exploración física: taquicárdico, taquipneico, normotenso, deshidratado. Abdomen distendido, dolor a la palpación generalizada, rebote positivo, timpánico, peristaltismo disminuido en frecuencia, tono normal, sin masas ni visceromegalias. Exámenes de laboratorio: uremia prerrenal, leucocitos de 7,000 (diferencial normal), Rx de abdomen: distensión de asas de delgado, niveles hidroaéreos. Laparotomía exploradora por obstrucción intestinal encontrándose hernia con anillo formado por apéndice largo y fibroso en herradura, unido por banda de tejido fibroso de 30 x 20 mm a serosa de ileon (a 70 cm de válvula). Se liberó apéndice, se hizo apendicectomía quedando ileon terminal con adecuada coloración y peristalsis. Revisión de cavidad abdominal sin evidencia de adherencias. Evolución adecuada, egreso al 4 día. Informe patología: microscópicamente sin cambios inflamatorios (agudos o crónicos), sin atrofia, luz permeable, fibrosis submu-

cosa, con edema y congestión de serosa. **Conclusiones:** Las hernias abdominales internas causan el 1% de las obstrucciones intestinales, y las malformaciones apendiculares también son raras, informando la literatura de casos únicos de estas formas raras.

HÍGADO Y VÍAS BILIARES

156 TC-002

ILEO BILIAR COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL CRÓNICA
Pantoja ME, Cisneros TE, Fournier DFJ, Vázquez FJA, Guerrero TA, García DI, Flores GAI
Hospital General SSA, Durango, Dgo.

Antecedentes: El ileo biliar es una causa rara de oclusión intestinal, ocupando aproximadamente el 1% del total. Dicha condición es ocasionada por el paso de cálculos biliares al intestino a través de fístula enterobiliar la mayoría de los casos; más frecuente en personas de edad avanzada, descrita por primera vez por Courvoisier en 1854. **Objetivo:** Informe de un caso. Presentación del caso: Femenina de 72 años, D.M. e hipertensión arterial de larga evolución, bajo tratamiento adecuado, con cuadros de constipación y obstipación crónicos tratados como neuropatía diabética, sin antecedentes de cirugía abdominal; ingresa a causa de descontrol metabólico y durante su estancia con cuadro de oclusión intestinal, sus laboratorios con hiperglucemia, leucocitosis de 11,000, hb. 11.2, Na 133, K 3.0, Cl 104, con RX de abdomen que muestran niveles hidroaéreos diseminados, es manejada de forma conservadora, pero al no remitir es sometida a laparotomía, en donde se encuentra oclusión intestinal a expensas de lito intraluminal en ileon, aproximadamente a 100 cm de la válvula ileocecal, de 4 x 5 x 4 cm, de aspecto biliar y otros litos pequeños de 5 a 6 mm diámetro distribuidos en ileon terminal; se realiza enterotomía y se extraen, se revisa vesícula biliar encontrando colelitiasis, vías biliares de aspecto normal y sin datos aparentes de fistulización. Su evolución es a la mejoría, tolerando dieta blanda al 5to. día postquirúrgico, egresada al 7mo. por mejoría, con control por consulta externa sin complicaciones. Resultados: Se obtuvo la curación de la paciente.

157 TC-008

QUISTE DE COLÉDOCO
Hernández CR, Arellano de la RC, Sánchez SR
Hospital General de Río Blanco, Veracruz; SSA.

Introducción: Los quistes del colédoco son dilataciones congénitas del conducto biliar común. La etiología es controversial. El quiste más frecuente según la clasificación de Todani los de tipo 1 constituyendo 86% de los casos. El diagnóstico se establece por ecografía o TAC. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 16 años que acude por dolor en cuadrante superior derecho, ictericia, vómitos gastrobilíares ocasionales, la palpación profunda detectó una masa dolorosa, la ultrasonografía, detectó un quiste de colédoco midiendo 10.5 x 5.6 cm, su hiperbilirrubinemia era de 4.0 a expensas de la directa. Se sometió a exploración quirúrgica, hallamos una gran dilatación quística del colédoco, realizamos colecistografía transcística (previa colecistectomía) observando paso del contraste al árbol biliar intrahepático no así al duodeno, precedimos a disecar en forma circunferencial al quiste y apertura del mismo dejando la pared posterior del mismo *in situ*. Una vez explorado el colédoco distal cabe mencionar que no observamos comunicación con el duodeno. Se procedió a realizar una anastomosis en Y de Roux, aplicamos un drenaje tipo penrose; clasificamos como un Todani 1. El enfermo evoluciona a la mejoría siendo egresado sin complicaciones. **Conclusión:** Los pacientes con quistes de colédoco en general tienen buena evolución a largo plazo, sobre todo sin ser descubiertos antes de la afección hepática, Se presenta evidencia fotográfica pre, trans y postoperatoria del caso con evolución satisfactoria de nuestro paciente.

158 TC-010

ILEO BILIAR, REPORTE DE DOS CASOS
Ramírez CG, Espinoza LG, Ramírez RE, Liho NA, Zamora LJA
Hospital general Tacuba, ISSSTE.

Resumen: El ileo biliar (Obstrucción mecánica del tracto intestinal por uno o varios litos en el lumen) es causa de 1 a 3% de los casos de obstrucción intestinal, reportándose incremento en 20% de incidencia después de los 65 años. **Reporte de casos:** Caso 1: Femenino 62 años, DM2, osteoartritis y colelitiasis de 3 años de evolución, se presenta con dolor abdominal difuso, vómito gastrobiliar, constipación, obstipación, no remite al manejo médico (SNG, líquidos) por lo que se realiza laparotomía exploradora, encontrándose lito de 4 x 5 cm en ileon el cual se extrae por enterotomía. Caso 2. Femenino 70 años, HAS controlada, presenta dolor abdominal y distensión progresiva de 5 días de evolución, difuso automedicado con analgésicos, constipación y obstipación parcial, desarrolla irritación peritoneal y se laparotomiza encontrando lito de 3 x 4 cm el cual se extrae por enterotomía. En ambos casos no se realizó colecistectomía y se mantienen asintomáticos sin colelitiasis por US a los 6 y 9 meses. **Discusión:** Se mantiene la controversia de la realización de la sola enterotomía sin desmantelar la fístula filiar y colecistectomía debido a que los pacientes se presentan en malas condiciones hidroelectrolíticas y con morbilidades descompensadas en la cirugía de urgencia, Además de poderse presentar el cierre espontáneo de la misma sin nueva colelitiasis. Se prefiere el desmantelamiento en un segundo tiempo.

159 TC-023

REDICIDIVA DE LITIASIS BILIAR DEBIDO A REMANENTE DE VESÍCULA
Ortiz NSG
Clínica de Médicos Especialistas «San Andrés».

En la formación de los cálculos biliares participan tres fenómenos fisiológicos: 1) secreción hepática de bilis sobresaturada de colesterol, 2) estasis de bilis en el interior de la vesícula y 3) nucleación de moléculas de colesterol para formar cálculos. Por lo tanto, la colecistectomía en la litiasis vesicular deberá realizarse totalmente ya que cualquier remanente condicionaría la recidiva. Se presenta un caso que demuestra la importancia de la remoción completa del órgano. Paciente femenino de 43 años de edad, con obesidad, a quien se le practicó colecistectomía de urgencias por colecistitis aguda litiasica. Después de permanecer seis años asintomática, inicia con episodios de dolor en epigastrio transfixivo a la espalda, de predominio nocturno, náuseas y ocasionalmente vómitos; sintomatología que inicialmente fue tratada como enfermedad acidopéptica, incluyendo erradicación de *H. pylori*. Acudió a la consulta por falta de respuesta al tratamiento. Se solicitó colangiografía retrógrada endoscópica, se observa la vía biliar normal, sin litiasis residual, conducto cístico permeable y un remanente vesicular. El USG y la TAC confirman los hallazgos y además agregan litiasis. Se sometió a exploración quirúrgica abierta efectuando resección del resto de vesícula, ligando el conducto cístico en su unión al colédoco. En conclusión, para la colecistectomía (abierta o laparoscópica) debe efectuarse una resección de todo el órgano hasta la unión de cístico al colédoco, ya que resecciones parciales expone a los paciente a la recidiva de la litiasis.

160 TC-037

COLOCACIÓN DE CATÉTER INTRA-ARTERIAL PARA QUIMIOTERAPIA SELECTIVA EN METÁSTASIS HEPÁTICA
Ochoa AM, Cuan OF, Arenas QR, Talleri DAG, Casillas CL
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente

El objetivo principal de la colocación de catéter intra-arterial es la utilización de una vía para quimioterapia selectiva, logrando que altas concentraciones de células tumorales estén en contacto directo con

el agente quimioterapéutico a bajas dosis del mismo. Objetivo: La cateterización intra-arterial para quimioterapia puede ser una opción de tratamiento en pacientes con neoplasias en estadios avanzados. **Presentación:** Masculino de 61 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica e infarto agudo miocárdico. El cual inicia con cuadro de dolor abdominal en epigastrio de 6 meses de evolución, se inicia protocolo de estudio el cual revela en TAC de abdomen datos de metástasis hepáticas, estudiándose búsqueda de primario, mismo que no se demuestra, primario posterior a diversos estudios. Se realiza laparotomía exploradora diagnóstica, el cual se encuentra tumoración de cuerpo de páncreas de 5 cm con metástasis hepáticas, realizándose toma de biopsia y colocación de catéter (Portocath) en arteria gastroduodenal para quimioterapia hepática selectiva más colecistectomía, sin complicaciones. **Conclusiones:** La colocación de catéter en arteria gastroduodenal es un procedimiento sencillo y útil, para quimioterapia ya que es una alternativa como tratamiento paliativo en neoplasias en estadios avanzados, misma que se ha demostrado su eficacia con aumento en la supervivencia hasta de un 40%.

161 TC-048

ÍLEO BILIAR, INFORME DE UN CASO

Noriega MO, Rangel CHDF, Esmer SD
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, S.L.P, S.L.P.

Antecedentes: El primer caso fue reportado por Bartholin en 1654. Complicación rara de colelitiasis, representa menos del 1% de los casos de obstrucción de intestino delgado, con mayor incidencia en femeninos mayores de 50 años. Desarrollándose una fístula bilioentérica, por frecuencia hacia duodeno, colon y estómago. Puede manifestarse radiográficamente mediante neumobilia, lito en asas, asas intestinales dilatadas. El diagnóstico prequirúrgico se reporta en 30%. El sitio anatómico con mayor frecuencia de obstrucción es la válvula ileocecal. **Objetivo:** Informe de un caso. **Casos:** Femenina de 70 años, diabética e hipertensa, quien inició con dolor intermitente tipo cólico en mesogastrio, irradiado a todo el abdomen de 2 días de evolución. Sin canalizar gases. Además de náuseas y vómito. Deshidratada, hipotensa y taquicárdica, peristaltismo disminuido, sin datos de irritación peritoneal, con material fecaloide por SNG. El ultrasonido detecta neumobilia y lodo biliar, con tamaño normal de vías biliares extrahepáticas. 9,790 leucos, albúmina de 2.6 g, EGO con IVU. Se somete laparotomía con diagnóstico de íleo biliar encontrando obstrucción intestinal por lito de 4 cm de diámetro, con compromiso de asa a 150 cm del ángulo de Treitz resecano 12 cm y anastomosando término-terminal. Evolución favorable con alta 6 días postquirúrgicos. **Conclusiones:** Generalmente la corrección se realiza mediante una enterotomía proximal y extracción del cálculo y en una tercera parte está indicada la colecistectomía, con cierre de la fístula bilioentérica, si las condiciones de la paciente lo permiten.

162 TC-052

DISFUNCIÓN DEL ESFÍNTER DE ODDI. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ortiz NSG, Ariza CG
Clínica de Médicos Especialistas «San Andrés». Clínica Santa Sofía.

Objetivo: presentar un caso clínico que se diagnosticó como disfunción del esfínter de Oddi en base a su evolución clínica y a los hallazgos endoscópicos. **Caso clínico:** GMCG, 24 años, femenino, G1 C1, uso de hormonales orales durante 6 años. Colecistectomía por colecistitis aguda litiásica, sin antecedente de ictericia previa o durante la cirugía. A la semana de postoperatorio presentó dolor abdominal en epigastrio, hipocondrio derecho, transictivo a la espalda que le recordaba el dolor vesicular. Cuadro que se tornó repetitivo durante un par de años. Los dos últimos episodios de dolor se acompañaron de ictericia obstructiva, elevación de aminotransferasas, fosfatasa alcalina, amilasa sérica. Se realizó CPRE descartando coledocolitiasis con una vía biliar de más de 12 mm. Estos hallazgos permitieron diagnosticar disfunción del esfínter de Oddi, por

lo que se procedió a realizar esfinterotomía. El procedimiento resolvió el cuadro de dolor e ictericia y la paciente se ha mantenido asintomática durante más de cuatro años, inclusive durante este periodo ha procreado en dos ocasiones. **Conclusión:** En la disfunción del esfínter de Oddi se considera que existe un trastorno funcional o inflamatorio con fibrosis secundaria, en ambas situaciones la obstrucción al flujo del contenido biliopancreático es la responsable de la sintomatología. El caso que presentamos lo clasificamos del tipo 1 en donde la esfinterotomía es resolutive en un 90 a 95% lo que queda demostrado en esta paciente.

163 TC-057

OBSTRUCCIÓN DUODENAL POR LITO BILIAR A FÍSTULA COLECISTODUODENAL

Balbuena HE, Medina MLA, Salinas VJC, Camacho TV
IMSS.

Antecedentes: El síndrome de Bouveret corresponde a una fístula colecistoduodenal con paso de un lito al bulbo duodenal y posterior obstrucción del vaciamiento gástrico, descrita originalmente por Beaussier en 1770 y después por Bouveret en 1896. La formación de una fístula colecistoentérica es rara, presentándose en 6 de cada 1,000 colecistolitiasis agudas (0.6%), la ruta más común de fistulización es hacia duodeno en 53 a 75%. La obstrucción intestinal ocurre sólo en 2 a 3% de los casos cuando el lito alcanza un tamaño de 2.5 cm o más, el punto de obstrucción corresponde al sitio de alojamiento del lito biliar siendo en íleon terminal (60%), íleon proximal (24%), yeyuno distal (9%), colon o recto (2 a 4%) y en duodeno sólo entre 1 a 3% de todos los casos. La forma de presentación clásica es en pacientes de edad avanzada en promedio 72 años, con una razón de 3.5 a 1 mujer/hombre; con comorbilidad agregada y sólo 50% tienen cuadros previos de cólico vesicular. La mortalidad es alta entre 11 a 20% por múltiples factores, como la edad, la comorbilidad agregada, el retraso en el diagnóstico por la vaguedad de los síntomas, la presencia de dos cuadros clínicos diferentes que requieren manejo diferente y la falta de experiencia del cirujano. **Presentación clínica:** Masculino de 41 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de importancia, negando cuadros previos de cólico vesicular. A su ingreso presenta náusea y vómito posprandial de 4 días de evolución; niega dolor y distensión abdominal y la exploración física no arroja datos de interés. La serie esofagoduodenal reporta estómago retencionista y obstrucción duodenal. Endoscopia confirma obstrucción duodenal de más del 80% de su luz en su tercera porción por restos de alimento; TAC: neumatobilia. Manejo: Se intenta retirar restos de alimento impactado en la tercera porción del duodeno por endoscopia sin éxito, programándose para cirugía donde se encuentran los siguientes hallazgos: Fístula colecistoduodenal; vesícula biliar xantogranulomatosa rebosando litos; vía biliar sin dilatación. Se hace colecistectomía desmantelando la fístula y realizando duodenostomía a través de la cual se extrae lito de 6 x 3 cm de la segunda porción del duodeno. Se hace duodenorrafia con cierre primario en un plano y parche de epiplón, dejándose doble drenaje con sondas nasogástrica y de alimentación (retrograda, vía yeyunostomía) ambas a nivel del cierre primario, además se deja drenaje tipo penrose. Su evolución postoperatoria con absceso de herida quirúrgica y desnutrición por ayuno prolongado requiriendo de alimentación parenteral total; con trago de medio hidrosoluble al 7° día normal e inicio de la vía oral sin complicaciones, egresándose al 16° día postquirúrgico. **Conclusiones:** El síndrome de Bouveret es raro, estimado en 0.5 de cada 1,000 casos de obstrucción intestinal a nivel duodenal (reportados 60 casos en la literatura Americana hasta 1987). Nuestro caso es en un paciente de género masculino, cuando la relación mujer/hombre es de 3.5/1; en una persona joven de 41 años de edad, cuando la media es de 72 años de edad y sin mortalidad operatoria, siendo importante discutir el manejo quirúrgico y su evolución posoperatoria.

164 TC-059

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE QUISTE HEPÁTICO GIGANTE

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

Masculino 80 años, campesino, alcoholismo y tabaquismo positivos desde su juventud. Portador de diabetes mellitus e hipertensión arterial, ambos de reciente diagnóstico. Historia de dolor abdominal epigástrico de un año de evolución, no relacionado con alimentos, plenitud postprandial, estreñimiento y aumento de volumen abdominal a expensas de masa epigástrica, poco dolorosa, renitente y delimitada. Se realiza USG y TAC abdominal que reportan quiste gigante de lóbulo hepático derecho, conteniendo aproximadamente 3,500 ml de líquido, con pequeños septos en el interior. Se realiza abordaje laparoscópico, con aspiración y destechamiento del quiste, obteniéndose 4,000 ml de líquido cetrino. Se realiza además colecistectomía por estar involucrada en la pared del quiste. Durante las primeras 48 hs de postoperatorio, tiene gasto hemático importante por el drenaje, que requiere hemotransfusión por descenso de hemoglobina 3 g por debajo de la cifra preoperatoria, aunque sin repercusión hemodinámica, sin embargo, por persistencia del sangrado, se decide reexploración laparoscópica, encontrando gran hematoma en el lecho del quiste, pero sin encontrar sangrado activo. Se lava, aspira y drena, con evolución favorable, egresándose dos días después por mejoría. El reporte histopatológico descarta malignidad.

165 TC-062

CISTOADENOCARCINOMA PAPILAR HEPÁTICO VS VESICULAR

Farías M, Marroquín M, Gurrola H, González R
Hospital Mocel. México, D.F.

Objetivo: Describir el caso de una paciente con Dx de cistoadenocarcinoma papilar hepático vs vesicular. **Diseño:** Informe de caso. **Descripción del caso:** Se trata de paciente femenino de 65 años de edad la cual no cuenta con antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento actual en el mes de agosto del 2002 al presentar dolor abdominal intenso, tipo cólico de una intensidad 7-10 localizado en hipocondrio derecho y epigastrio, acompañado de náusea y vómito, con irradiación hacia la espalda, por lo que acude a su clínica donde se realizó USG de hígado y vías biliares, el cual reporta masa hepática y presencia de litiasis vesicular, tratándose médicamente sin seguimiento, posteriormente en el mes de noviembre del año 2002, presenta nuevamente dolor abdominal de las mismas características a las referidas anteriormente, acompañado de fiebre e ictericia por lo que se traslada al hospital Mocel donde se realizó TAC de tórax y abdomen, evidenciando tumoración hepatovesicular, determinando realizar toma de biopsia hepática dirigida por TAC reportando Ca vesicular bien diferenciado, por lo anterior se decide tratamiento a base de quimioterapia en un total de 30 sesiones ya que la paciente no acepta tratamiento quirúrgico. Se decide internamiento para tratamiento quirúrgico el día 05-06-03 presentando los siguientes laboratorios: Se realizó trisegmentectomía hepática con resección ganglionar portal. Dx histopatológico: Bloque de segmento hepático y vesícula biliar con: Cistoadenocarcinoma papilar moderadamente diferenciado de topografía hepática en continuidad con neoplasia de la misma naturaleza en vesícula biliar y con metástasis a ganglio linfático cístico. Hepatitis crónica escasa. Bordes quirúrgicos ampliamente libres de neoplasia. Cadena ganglionar con hiperplasia linforreticular y sin evidencia de metástasis. **Conclusiones:** Estos tumores son infrecuentes, a menudo se descubren cuando presentan grandes tamaños, son tumores raramente malignos, pero se consideran que tienen gran potencial de malignidad, las lesiones se identifican por ultrasonido y por tomografía y las nodulaciones murales indican la posible malignización.

166 TC-075

FÍSTULA COLECISTO-COLÓNICA Y NEUROMAS EN VESÍCULA BILIAR

Keller P, Fernández del Valle R, Álvarez S, Farías M, Bieleto O
Hospital Mocel, Ciudad de México, Grupo Ángeles.

Antecedentes: Los neuromas son tumores de células nerviosas bien circunscritos, encapsulados, con localización más frecuente subcutánea, que se presentan por lo general en las primeras décadas de

la vida. Se encuentran asociados a síndromes y enfermedades como: neurofibromatosis tipo 1, NEM IIb, feocromocitoma bilateral, carcinoma medular de tiroides, hiperplasia de paratiroides. En vesícula biliar es una patología poco común no reportada. Macroscópicamente se encuentran áreas de localización deformadas, nódulos de tamaño variable y de consistencia sólida. Histológicamente se encuentran fibras de nervios periféricos sin atipias; son tortuosos, de tamaño variable, con prominente perineuro y pueden presentar cambios mixoides y hialinos. El diagnóstico diferencial se realiza con leiomiomas, ganglioneuromatosis, hamartoma neuromuscular o con neuroma traumático. **Objetivo:** Presentación de un caso de fístula colecisto-colónica con neuromas en vesícula biliar. **Informe del caso.** Masculino de 87 años con antecedentes de alcoholismo; colecistitis crónica litiásica diagnosticada hace 30 años. El padecimiento actual inicia una semana previa a su ingreso con dolor cólico y ardoroso en abdomen superior irradiado en hemicinturón hacia la espalda, de moderada intensidad, acompañado de náusea y vómito en pozos de café, coluria, una evacuación meléncia y fiebre no cuantificada. Dos días después, acudió a urgencias del IMSS en Morelia, donde lo mantienen en observación. Los estudios reportan, US de hígado y VB: cirrosis y neumobilia; endoscopia: STDA remitido, hernia hialal, úlcera en el segmento herniado Forrest III y gastritis erosiva. Laboratorio: Hb 12.6, leucocitos 12.1, bandas 3%, TP 16.4 seg 55%, TPT 28 seg, urea 147, creatinina 2.7, BT 7.07, BD 6.54, BI 0.53. Se traslada a nuestro Hospital a petición de los familiares. A la exploración física lo encontramos icterico, deshidratado, con abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy negativo, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis aumentada. Laboratorio: TGO 35, TGP 58, FAS 369, GGT 214, PT 5.9, albúmina 2.2, globulina 3.8, BD 3.66, BI 1.73, BT 5.39; K 3.1. PSA con datos de neumobilia. USG con presencia de neumobilia; vesícula poco distendida con pared engrosada. TAC de abdomen reporta dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas asociada a neumobilia; colédoco distal dilatado, con pared gruesa y litiasis; vesícula no valorable. En la colangiografía percutánea, se observó vía biliar intrahepática mínimamente dilatada con aire en su interior; dilatación importante del hepático común y del colédoco, existiendo múltiples defectos de llenado móviles en su interior en relación a litiasis. Pasa el contraste a duodeno lentamente. Cístico grande y dilatado, con llenado parcial de vesícula biliar. No se identifica sitio de fístula biliar a vía digestiva. El paciente presentó deterioro clínico y datos de colangitis, por lo que se decidió someterlo a LAPE. Resultados: Se realizó LAPE, encontrando vesícula biliar atrófica, fístula colecisto-colónica hacia el ángulo hepático, cístico de 1 cm, colédoco de 2 cm y coledocolitiasis con cálculos de aprox. 2 cm, se realiza fistulectomía, colecistectomía, EVB y colocación de sonda en T, se deja drenaje cerrado. Su evolución se complicó con infección del sitio operatorio por *E. coli* y derrame pleural izquierdo con atelectasias subsegmentarias asociadas. Evolucionó hacia la mejoría y fue dado de alta. El reporte histopatológico final fue vesícula biliar con neuromas y litiasis múltiple de patrón mixto. **Conclusión:** Los neuromas son tumores muy raros, de localización subcutánea, se presentan durante las primeras décadas de la vida y generalmente asociados a síndromes y enfermedades muy específicas. Hasta el momento no se encuentra reportado en la literatura ningún caso con presentación en vesícula biliar.

167 TC-076

FÍSTULA BILIOPLEURAL COMO COMPLICACIÓN DEL MANEJO DE LA LESIÓN DE LA VÍA BILIAR. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Espinoza HJD, Haro FJ, Pérez NJV, Rodríguez HNR, Giancarlo Talleri DAG, Lira AMC
Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS.

Antecedentes: La cirugía de reparación de lesiones de la vía biliar, tiene muchas complicaciones posteriores, como son fístulas biliares, colangitis recurrentes, estenosis y abscesos colangiulares. **Objetivo:** Presentación de dos casos de fístula biliopleural, secundaria a complicación del manejo de la lesión de vía biliar. **Presentación de los**

casos: 1º. Paciente masculino de 48 años de edad que posterior a colecistectomía convencional presenta lesión Bismuth V, efectuándose derivación tipo Rodney-Smith derecha. Desarrolla estenosis de la misma al año por lo que se remodela con derivación colangiolar, dejando tutor transhepático derecho. Posteriormente cuadros de colangitis recurrentes, CPRE en conducto común demuestra litiasis con manejo endoscópico fallido. Se da tratamiento antimicrobiano para el evento agudo. Desarrolla absceso colangiolar derecho el cual se drena espontáneo a cavidad pleural ipsilateral. Ameritando pleurostomía y posteriormente ventana torácica. 2º. Paciente masculino de 21 años de edad con antecedente de trasplante renal por IRC secundaria a DM tipo 1. Posterior a colecistectomía convencional por pirocolecisto, presenta lesión de la vía biliar Bismuth IV. Se realiza hepaticoyeyunostomía. Múltiples reintervenciones por colecciones abdominales y oclusión intestinal. Desarrolla absceso hepático en lóbulo derecho el cual se drena percutáneo, con incidental en pleura ipsilateral y contaminación de cavidad pleural. Ameritando toracotomía para drenaje, y ventana torácica. **Resultados y conclusiones:** Caso 1. La litiasis de la vía biliar común, confundió el cuadro colangiolar derecho, el cual dejó como resultado fístula biliopleural. Caso 2. La punción del absceso hepático conllevó a complicaciones torácicas que ameritaron manejo quirúrgico, dando como final resultado, fístula biliopleural.

168 TC-085

ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO: REPORTE DE 26 AÑOS

Paz ML, Ramírez OB, Gomezcordova LR, Ovando JE, Aguilar SJ, Aznar AJ, Pazarán MC, Jaramillo GR, García NR, Vargas HJJ
Hospital General de Tlalnepan.

Tipo de estudio: Retrospectivo, descriptivo, observacional. **Introducción:** El absceso hepático amebiano (AHA) tiene una tasa de 0.5% por 100,000. Metodología: Se revisaron 631 expedientes con AHA de 1976-2002. Variables: edad, sexo, sintomatología, disentería, métodos diagnósticos, localización, enfermedades concomitantes, tratamiento, evolución, estancia hospitalaria, mortalidad. Resultados: 488 masculinos (76.2%) 143 femeninos (22.8%) relación 3:1 rango de edad 18 a 84 años, (promedio 47 años). De 1976 a 1991 hubo 25 casos por año, 5 anuales a partir de 1992. Sintomatología: hepatodinia 100%, fiebre 98% (618), hepatomegalia 83% (523), deterioro general 98% (618), disentería 256 (40.5%). Se realizó tele-radiografía de tórax al 100% con sensibilidad del 83.9%; en 40% (252) hemidiafragma elevado. Derrame pleural 112 (17.7%). De 1976 a 1985 gammagrafía en 230 (36%) con sensibilidad 99.7%. De 1984-2002 ultrasonido a 470 (74.48%) sensibilidad 99.9%. Localización 320 (50.7%) lóbulo derecho, 47 (7.4%) lóbulo izquierdo, 116 bilateral (18.3%). Leucocitosis de 17,000 a 23,000. Hipoalbuminemia en 70% (441); fosfatasa alcalina elevada 50% (319). Bilirrubina directa elevada 93 (14.7%). Complicados 62 (9.8%): 22 apertura a pleura (3.4%), 16 a bronquios (2.5%), 21 (3.3%) cavidad abdominal; 3 (0.4%) a pericardio. Tratamiento: 233 (36.9%), dehidroemetina (1976-1980), 256 (40.6%) metronidazol y dehidroemetina. (1980-1996), metronidazol 142 pacientes (22.5%) (1996-2002). Éxito 95% (599). Puncionados 28 (4.4%) paracentesis 22 pacientes (78.5%) 7 toracocentesis (25%), 3 pericardiocentesis (10.7%). 46 drenaje quirúrgico (7.2%): 21 (45.6%) por falta de respuesta al tratamiento, 18 por rotura a peritoneo (39%), 3 a pleura 3 por inminencia de rotura (6.5%), 2 reintervenidos (0.3%). Cardiotoxicidad por dehidroemetina un paciente (0.1%). Estancia promedio 12 días; mortalidad 3 casos (0.4%). Enfermedades concomitantes: Diabetes mellitus 64 (10.1%); neumonía 12 (1.9%), cirrosis (0.9%). **Conclusiones:** A pesar de su menor frecuencia, el AHA sigue siendo problema de salud pública. La respuesta al tratamiento es similar con dehidroemetina que metronidazol. La punción es una alternativa. El drenaje quirúrgico es resolitivo en el 99%.

169 TC-091

SÍNDROME ICTÉRICO EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Zendejas HJC
Hospital General Naucalpan, ISEM.

Antecedentes: La ictericia es la coloración amarillenta de piel y faneas que puede ser considerada prehepática, hepática y posthepática, además siendo considerada de causa no obstructiva y obstructiva, siendo tanto intrahepática como extrahepática, total o parcial y de patología benigna o maligna. El principal objetivo diagnóstico es distinguir entre una ictericia quirúrgica (obstructiva) y una no quirúrgica. Los antecedentes, la exploración física y datos de laboratorio básicos permiten un diagnóstico acertado en la mayor parte de los casos sin recurrir a técnicas invasivas (biopsia hepática, colangiografías directas). **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de los pacientes ingresados con diagnóstico de síndrome icterico, del mes de enero del 2000 al mes de marzo del 2003 con un total de 23 casos, de los cuales 17 casos del sexo femenino (73%) y 6 casos del sexo masculino (27%). Las edades variaron de los 16 a 77 años con un promedio de 44.6 años de edad. Se realizaron estudios de laboratorio como biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático. USG de hígado y de vías biliares, TAC de casos específicos así como CPRE para diagnóstico y terapéutica. Los resultados fueron pacientes con CA de cabeza de páncreas 7 (30%), litos residuales 9 (39%), Klatskin 4 (17%) y CA de vesícula biliar 3 (13%). **Discusión:** El síndrome icterico ocasionado por etiología maligna sobre todo CA de cabeza de páncreas y el tumor de Klatskin presenta un pronóstico malo para la vida por lo avanzado de la patología, ya que no existe una cultura de realización de exámenes médicos tempranos y periódicos en nuestra población.

170 TC-097

PREVALENCIA DE HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PORTAL HEMORRÁGICA MANEJADA QUIRÚRGICAMENTE

Ramos G, Orozco H, Medina-Franco H, Mercado DMA, Plata JJ, Salgado N
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Introducción: El hepatocarcinoma es responsable del 90% los cánceres primarios en hígado. Cuya distribución está relacionada con la infección por virus de hepatitis "C" y alcoholismo. **Objetivo:** Conocer en una población de pacientes con cirrosis la prevalencia y factores asociados con la sobrevida global en pacientes con diagnóstico de hepatocarcinoma después de un procedimiento quirúrgico para el manejo de la hipertensión portal hemorrágica. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con hepatocarcinoma atendidos en el INCMNySZ en un periodo de veinte años (1973-2002) que tenían en común el haber sido sometidos a un procedimiento quirúrgico para el manejo de la hipertensión portal antes del diagnóstico. Resultados: Durante este tiempo posterior a la cirugía en trece pacientes se encontró una tumoración en el hígado de 961 pacientes que fueron sometidos a una cirugía para el manejo de la hipertensión portal hemorrágica. De los cuales sólo en once fue hepatocarcinoma; ya que en los otros dos se encontró el primario en colon. La causa de la cirrosis fue el alcoholismo en 7 pacientes (63.63%), infección por VHC en 3 pacientes (27.27%) y cirrosis hepática criptogénica en uno (9%). El manejo quirúrgico de la hipertensión portal fue la derivación esplenorrenal distal (Warren) en 6 pacientes, devascularización esofagogastrica (Sugiura) en 3 pacientes, derivación mesocava en 1 paciente y derivación renoesplénica término-terminal en 1 paciente. La supervivencia en promedio fue desde el diagnóstico de cirrosis de 8.2 años y de 18 meses desde el diagnóstico de hepatocarcinoma. Siendo en cuatro pacientes menor a 4 meses, en una paciente de 8 meses, y en 6 pacientes mayor a un año. Las opciones terapéuticas fueron en 3 pacientes alcoholización de los cuales la sobrevida fue 8 meses, 1 año y 4 años respectivamente. Embolización con una sobrevida de 3 años en un paciente. Talidomida con una sobrevida en un paciente de 6 años. Tamoxifeno en un paciente con una sobrevida de 3 años. En una paciente se realizó resección del tumor volviéndose a presentar en otro segmento tratándose con alcoholización. **Conclusión:** El pronóstico en los pacientes con hepatocarcinoma a largo plazo no es muy bueno. Se encontraron sólo 11 casos con una prevalencia de 1.14%, lo cual es similar con lo reportado en otras series.

171 TC-114

SITUS INVERSUS, COLECISTITIS CRÓNICA LITIÁSICA Y COLEDOCOLITIASIS; PRESENTACIÓN DE UN CASORamírez PJM, Vázquez SJH, Magadán SH
ISSSTE Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza».

El situs inversus es una condición en la cual la posición de los órganos se encuentra en una perfecta imagen en espejo de su posición fisiológica normal. Aquí presentamos un caso de un paciente quien acude postcólico vesicular e ictericia. **Reporte del caso:** Se trata de masculino de 84 años de edad quien acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal e ictericia de una semana de evolución, con antecedente de ser portador de Cor-pulmonale, hipertensión y situs inversus desde 1981. A su ingreso el paciente se presenta consciente, intranquilo, cooperador, regular estado de hidratación, tinte icterico generalizado ++, sin compromiso cardiopulmonar aparente, con presencia de masa palpable en región subcostal izquierda, de 7 cm de diámetro, de bordes regulares, dolorosa, peristalsis presente disminuida. TA 140/70, FC 88x', FR 24x', T37.8, exámenes de laboratorio con bilirrubinas totales de 6.5 mg/dl, bilirrubina directa de 5.2 mg/dl; así como USG reportando colecistitis agudizada. TAC tóraco-abdominal. Manejado médicamente por 48 horas con remisiones y exacerbaciones del cuadro, decidiendo tratamiento quirúrgico de urgencia, encontrando vesícula biliar a tensión de 18 x 7 cm, con múltiplos litos en su interior de 3 a 8 mm de diámetro, colédoco de 20 mm. Se realiza colecistectomía, exploración de vías biliares y colocación de sonda en T. Evolucionando satisfactoriamente, siendo egresado a los 12 días de postoperado, en buenas condiciones, continuando su manejo como externo. **Comentarios:** El situs inversus, reconocido primeramente por Aristóteles, puede presentar un desafío para el médico, en cuanto al diagnóstico, terapéutica. La incidencia se presenta de 1:5,000 a 1:10,000, con un ligero predominio en hombres. Puede haber transposición completa o incompleta de la vísceras torácicas y abdominales, simples o combinadas y entre estas formas hay muchas variaciones. Este caso es el primero que se presenta en este centro hospitalario en 23 años de funcionamiento, así mismo, cabe mencionar que existen casos reportados en la literatura mundial con situs inversus y patología de la vesícula biliar, pero no hay reportes con coledocolitiasis y colecistitis crónica litiásica agudizada, como fue en este caso.

172 TC-122

ABSCESOS HEPÁTICOS MÚLTIPLES EN UN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTAL. PRESENTACIÓN DE UN CASOOvando JE, Ramírez OB, Gomezcordero LR, Aguilar SJ, Aznar AJ, Pazarán MC, Vargas HJ, Jaramillo AR, Ortiz ZM, García NR, Pantoja JA, González SP
Hospital General de Tlalnepantla, 2º nivel de atención.

Masculino de 48 años de edad, originario de Jalpan, Qro., habita casa rural sin agua potable, con defecación al ras de suelo, alcoholismo desde los 10 años a base pulque. Inicia su padecimiento 2 meses previos a su ingreso con dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio izquierdo de tipo cólico y leve intensidad, con remisiones y exacerbaciones, agregándose fiebre hasta de 39.3 °C de predominio nocturno, diaforesis, astenia, adinamia, hiporexia y ataque al estado general y disminución de 15 kg de peso. Durante la exploración se encuentra masa abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo 3-3-4 cm por debajo del reborde costal, dolorosa a la digitopresión de bordes lisos sin irritación peritoneal, por laboratorio se determina anemia y por endoscopia una gastritis fúndica. Se realizó TAC abdominal con hallazgo de masas quísticas hepáticas, considerándose inicialmente el diagnóstico de quistes hidatídicos y situs inversus. La tele-radiografía muestra dextrocardia y el USG confirma hígado en cuadrante superior izquierdo con la presencia de 3 masas hepáticas con características sugestivas de abscesos ("lóbulo derecho") por lo que se procede a drenaje por punción guiada obteniendo 1,000 cc de material achocolatado. Su manejo antimicrobiano a base de metronidazol y cefotaxima y su evolución hacia la mejoría. En el Estado de

México, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato el AHA continúa siendo una complicación extraintestinal de la amibiasis, se decide presentar este caso ya que se trataba de una masa abdominal superior izquierda llegando al diagnóstico por TAC y USG que se trataba de un paciente con situs inversus total.

173 TC-128

AGENESIA VESICULARMedina GS, Vargas CS, Medina GE
Hospital Ángeles del Pedregal.

Resumen: Fem de 33 años de edad con sobrepeso sin antecedentes de importancia. Inicia en abril 02 con dolor cólico abdominal principalmente en hipocondrio derecho, postprandial, distensión con náusea y vómito de contenido gástrico y relacionado a ingesta de alimentos irritantes; no datos de alarma abdominal, es manejada como gastritis crónica a base de antiácidos sin mejoría alguna. Posteriormente presenta agudización de cuadro con Murphy positivo, por lo que solicita USG de abdomen con reporte de ausencia de vesícula biliar. La colecistografía oral indica vesícula excluida y en la TC se corrobora ausencia vesicular. El laboratorio clínico sin datos relevantes. Se programa para laparoscopia exploradora por persistencia del dolor encontrándose agenesia vesicular. La paciente es egresada sin dolor con tratamiento médico a base de procinéticos.

174 TC-130

QUISTE HEPÁTICO. CASO CLÍNICO

Hernández RF, Salas GA, Guerrero RA, Esteves CI, Miranda FP, Davila RD

Médicos residentes de Cirugía general del Hospital Juárez de México. Médicos adscritos de Cirugía General del Hospital Juárez de México.

Introducción: Los quistes hepáticos son lesiones únicas, múltiples, difusos o localizados que por lo regular no producen sintomatología. Se describen por primera vez en 1856 por Bristowe, observándose mayor incidencia entre la quinta y sexta década de la vida, con una relación mujer:hombre 2:1. Su diagnóstico en muchas ocasiones es incidental. Caso clínico: Femenino de 77 años de edad, iniciando 7 meses previos a su ingreso, con dolor en CSD de moderada intensidad, e irradiándose ocasionalmente a CID; refiriendo en los dos últimos meses saciedad precoz y pérdida de peso de 5 kg. Rx tórax: Normal. USG: Imagen tabicada en lóbulo derecho. Pb. absceso hepático. TAC: absceso hepático vs quiste gigante de lóbulo derecho. Conclusiones: Los quistes hepáticos generalmente se diagnostican como hallazgos radiológicos; en general éstos son asintomáticos, y cuando llegan a ser sintomáticos ésta es mínima, aportando pocos datos durante la historia clínica, Debido a que su frecuencia es baja es importante tener presente este problema debido a que se relaciona hasta en 51.6% con afección renal.

175 TC-131

CARCINOMA DE ÁMPULA DE VATER EN UN PACIENTE DE 26 AÑOS. CASO CLÍNICO

Hernández RF, Salas GA, Montes GA, Guerrero RA, Ortega RA, Ruiz VA

Hospital Juárez de México. Médicos residentes de Cirugía General. Médicos adscritos al Servicio de Cirugía General.

Introducción: El cáncer de ampulla de Vater es uno de los cuatro tumores periampulares; ocupando el cuarto lugar de mortalidad en USA, y trigésimo tercer lugar en México. Con mayor incidencia en edades de 60 a 80 años; con una relación mujer:hombre de 1.5:1. **Caso clínico:** Masculino de 26 años de edad, que inicia dos meses previos a su ingreso con prurito generalizado, astenia, adinamia e hiporexia; dos semanas después presenta tinte icterico en escleras y posteriormente generalizado, con coluria y acolia; pérdida de 12 kg en los últimos 2 meses, por lo que ingresa al Servicio de Cirugía

General. USG: Dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. TAC: Obstrucción distal del colédoco, ausencia de ganglios crecidos. CPE: Imagen compatible con: Ca de ámpula de Vater. Resultados: Paciente que se somete a cirugía tipo Whipple. **Conclusiones:** El adenocarcinoma de ámpula de Vater es una entidad rara en pacientes menores de 60 años, sin embargo no hay que descartar esta posibilidad. Es importante la realización de una buena anamnesis, y contar con el equipo adecuado para llegar a el diagnóstico.

176 TC-132

COLEDOCOLITIASIS GIGANTE: CASO CLÍNICO

Hernández RF, Salas GA, Torres RJA, Delgado HC, Meza SJC, Miranda FP.

Hospital Juárez de México. Médicos residentes de Cirugía General. Médico adscrito de Cirugía General.

Introducción: La coledocolitiasis gigante es una entidad obstructiva, que causa hiperbilirrubinemia. Aprox. el 15% de los pacientes con cálculos vesiculares almacenan cálculos en el interior de los conductos biliares. Los cálculos biliares ocasionalmente se forman en el interior de los conductos biliares, después de infección prolongada del colédoco. **Caso clínico:** Paciente femenino de 81 años, sin antecedentes de importancia, con padecimiento actual de 6 meses de evolución caracterizado por astenia, adinamia, hiporexia, e ictericia progresiva, con pérdida ponderal de 8 kg en los últimos tres meses. USG: Colecistitis crónica agudizada, con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática (no se descarta probable coledocolitiasis). CPRE: coledocolitiasis gigante. Dilatación intra y extrahepática sec. Precorte y esfinterotomía satisfactoria. Colangitis secundaria. Cirugía realizada: Colectomía + exploración de la vía biliar + duodenotomía + colocación de sonda en T.

177 TC-136

VESÍCULA INTRAHEPÁTICA. MANEJO QUIRÚRGICO

Garza SV, Barrera RF, Vivanco A, Vargas M, Solorio AJ, Pérez AE, Nerubay TR
Hospital General de México.

Se trata de paciente femenino de 34 años de edad la cual es originaria del estado de Guerrero, dedicada al hogar. Sin antecedentes heredofamiliares de importancia, con regulares hábitos de higiene y de alimentación basándose en carbohidratos principalmente. Inicia su padecimiento actual en su 34 semanas de embarazo, en marzo de 2003 con presencia de ictericia súbita generalizada, con coluria y acolia, presentando dolor importante en hipocondrio derecho de tipo cólico que se irradiaba a región infraescapular ipsilateral, con náusea y vómito por lo que se somete a realización de colectomía abierta (09-03-03) refiriendo que no se encontró la vesícula por lo que se coloca sonda tipo Kherr en colédoco, posterior a resolución quirúrgica del embarazo es referida a nuestra institución y se decide realizar CPRE donde se encuentra lito único gigante, sin poder extraerse por vía endoscópica. Se somete a intervención quirúrgica para colectomía siendo fallida por no lograr identificar la vesícula. Se solicita gammagrama dinámico para localizar la situación de la vesícula y poder realizar procedimiento resolutivo. La importancia de presentar este caso es la necesidad de saber actuar adecuadamente ante este tipo de casos. El hecho de que la patología de la vesícula biliar sea tan frecuente nos obliga a estar capacitados quirúrgicamente para resolver de manera eficaz la situación de encontrarnos con una variante anatómica como lo es una vesícula 100% intrahepática.

178 TC-138

INVASIÓN MASIVA DE LA VÍA BILIAR POR ASCARIS LUMBRICOIDES. INFORME DE UN CASO

Beaugard PGE, Pavón del Rivero FI, Garcíacabañez CG, Castañeda FJL, Alonzo CCA, Rivas MLM
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y S.S.A.

Objetivo: Presentación y análisis de un caso de invasión masiva de la vía biliar por *Ascaris lumbricoides*. **Sede:** Hospital de segundo nivel, Villahermosa, Tabasco. Descripción del caso: Femenina de 28 años de edad originaria del estado de Chiapas; inicia su padecimiento actual 11 días antes de su ingreso con dolor abdominal de tipo cólico localizado en hipocondrio derecho; acompañado de náuseas sin llegar al vómito. A la exploración física: palidez generalizada. Abdomen con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho y signo de Murphy +. No ictericia. El ultrasonido reporta colecistitis aguda con un ascaris en la vía biliar principal. Se interviene quirúrgicamente de colectomía y exploración de vías biliares encontrándose 23 ascaris en el colédoco. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresada al tercer día de la intervención. **Conclusión:** La invasión masiva de la vía biliar por *Ascaris lumbricoides* es una entidad poco frecuente motivo por el cual se da a conocer.

179 TC-150

MANEJO CONSERVADOR DE COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL GIGANTE EN ANCIANOS

Zamora LJA, Escamilla OA, García HJ, Hernández LAJ, Ramírez CG, De la Peña MS, Ramírez RE, Lihó NA
Servicio de Cirugía General. Hospital General Tacuba. ISSSTE.

La coledocolitiasis residual asintomática es un padecimiento poco frecuente que se puede presentar en el paciente anciano enmascarada por enfermedades asociadas. **Caso 1:** Masculino de 75 años con dolor abdominal en hipocondrio derecho, fiebre ictericia, somnolencia e hipoperfusión, antecedentes de DM, HAS y colectomía abierta 6 años previos. Manejado en UCI por colangitis, se realizó CPRE con esfinterotomía encontrando lito gigante en colédoco de 23 mm. Aceptando la cirugía dos meses después donde se realizó exploración de vías biliares y sonda en T la cual se retiró 21 días después. **Caso 2:** Femenino de 79 años con antecedentes de DM, colectomía abierta 4 años previos. Se presenta con dolor crónico intermitente en hipocondrio derecho, intolerancia a colecistoquinéticos, fiebre e ictericia. Manejada médicamente de la colangitis, se realiza CPRE encontrando lito gigante en colédoco de 25 mm, se realiza esfinterotomía, se realiza exploración de vías biliares con colocación de sonda en T. Evolución satisfactoria. La coledocolitiasis residual puede permanecer silente en pacientes ancianos con enfermedades asociadas (Diabetes e hipertensión), la conducta conservadora (esfinterotomía, exploración y extracción del lito, colocación de sonda T) se aconseja en estos casos aunque sea llamativa la idea de realizar la derivación biliodigestiva

180 TC-152

ILEO BILIAR. REPORTE DE TRES CASOS

Cañedo RMA, Durán RO, Martínez AR, Medina LM, Velázquez QR
Sanatorio Guadalajara.

Debido a su dificultad diagnóstica y su baja frecuencia (0.06%) se presentan tres casos de obstrucción intestinal secundaria a ileo biliar. La primera descripción fue hecha por Bartholin en 1645, en 1890 Courvoisier publicó 131 casos. Es una complicación de la litiasis vesicular, más común en mujeres ancianas, se debe a una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo siendo más frecuente la fístula colecistoduodenal cuya formación pasa desapercibida interpretándose como un cuadro de colecistitis aguda o un cólico biliar, para posteriormente manifestarse como un cuadro de obstrucción intestinal cuando el lito alcanza un diámetro de más de 2.5 cm, enclavándose en íleo terminal (65%). El diagnóstico preoperatorio es difícil, apoyado en los signos radiológicos de Rigler (aerobilias, lito, niveles hidroaéreos) en la mayoría de los casos es intraoperatorio, cuestionándose el efectuar en forma simultánea o diferida el tratamiento de la obstrucción intestinal y de la fístula, en un paciente de edad avanzada con padecimientos agregados. La mortalidad es elevada independientemente del tratamiento efectuado. Ya que el tratamiento de la fístula evitaría las complicaciones infecciosas, obstructivas o neoplásicas, sin embargo existe mayor tendencia a sólo realizar la enterolitotomía y diferir el tratamiento de la

fístula. Los tres casos fueron pacientes femeninas con edad promedio de 70 años, con cuadro de obstrucción intestinal de 6 días de evolución promedio, estableciendo el diagnóstico en el transoperatorio realizado como media a las 40 hrs. de su ingreso. El lito obstructivo fue de más de 2.5 cm enclavados 1 en íleo y 2 en yeyuno con litos proximales múltiples agregados. A 2 casos se les efectuó enterolitotomía, a 1 resección intestinal por necrosis y perforación, decidiéndose no efectuar maniobra de Kopel ni manejo de la fístula simultáneamente, en postoperatorio 1 caso con adinamia intestinal, no hubo mortalidad, recidiva ni complicación biliar después de 8 meses de seguimiento.

181 TC-156

DERIVACIONES BILIOENTÉRICAS

García PM, González DS, Bustos RA, Ramos MSJ, Guerrero MG, Cruz ML, Vargas FA, De la Parra GMA
Hospital General de México O.D.

Introducción: Las estenosis y estrechamientos benignos de los conductos biliares, pueden afectar el árbol biliar intra o extrahepático. Las lesiones de los conductos biliares pueden ser iatrogénicas o traumáticas y su detección temprana es importante, pero aún más importante es la reconstrucción adecuada en la primera cirugía. Los factores que intervienen en las lesiones iatrogénicas es el desconocimiento de las variantes anatómicas, el exceso de confianza y la inexperiencia. El tratamiento quirúrgico de los pacientes con obstrucción benigna está enfocado a restablecer la continuidad en el sistema biliar. El momento de la reparación es definitivo, si se puede realizar en la misma colecistectomía los resultados pueden ser mejores, pero si se detecta en el postoperatorio lo más importante es aceptar que se cometió la lesión, saber esperar el momento adecuado, realizar los estudios necesarios para planear la cirugía y realizar en las mejores condiciones con el equipo médico adecuado y esperando un proceso adherencial difícil de disecar pero con la convicción de tratar de resolver el problema en ese evento quirúrgico. Se presentan dos casos de lesión iatrogénica de vías biliares, para mostrar nuestro protocolo de estudio y la decisión terapéutica de cada caso. **Objetivos:** Conocer la etiopatogenia de las estenosis y estrechamientos benignos de los conductos biliares, así como el tratamiento quirúrgico de los mismos. **Material y métodos:** Análisis de dos casos con lesión iatrogénica de la vía biliar. **Resultados:** Dos casos de lesión iatrogénica de la vía biliar en pacientes jóvenes, identificados en el postoperatorio tardío, manejados de manera exitosa en el Servicio de Cirugía HGM con derivación bilioentérica utilizando coledocoyeyuno anastomosis con un asa intestinal en Y de Roux. **Conclusiones:** Existen numerosas evidencias de que las anastomosis bilioentéricas son una solución exitosa para las lesiones benignas de los conductos biliares y que son superiores a las anastomosis término-terminales.

182 TC-169

LUPUS ERITEMATOSO ASOCIADO A ASCARIASIS DE LA VÍA BILIAR. REPORTE DE UN CASO

Villanueva HJA, Marquina RM, Salas GA, Castro CE, Hernández RF, Guerrero RA, Estévez CI, Vivas MJL
Residentes de Cirugía General. Hospital Juárez de México.

Introducción: La ascariasis en México ocurre generalmente en intestino delgado, donde produce complicaciones como vólvulus, perforación o apendicitis. Puede migrar extraintestinalmente hacia vía biliar, habitualmente al colédoco (81%), manifestándose como un cólico biliar hasta pancreatitis. El lupus eritematoso es una patología autoinmune no relacionada con ascariasis. **Caso clínico:** Paciente femenino de 25 años residente de Guerrero, sin servicios de urbanización, antecedente de colecistectomía hace 5 años, cardiópata, hipertensa y con lupus eritematoso. Inició su padecimiento durante su estancia hospitalaria, tratada por trombosis de miembros inferiores, presentando dolor en epigastrio, irradiado a fosa ilíaca derecha acompañado de vómito biliar, encontrándose abdomen con hepatomegalia. Laboratoriales: anemia normocítica normocrómica, diferencial normal,

IG E 1970 UI, resto sin alteraciones; USG abdominal con hepatomegalia, colédoco de 10 mm, con imagen hiperecogénica en su interior. CPE: dilatación coledociana, y presencia de dos defectos de llenado longitudinales, extrayendo del mismo un ascariis lumbricoides de 20 cm. **Comentario:** En pacientes con dolor abdominal y trombosis por lupus eritematoso, infrecuentemente se asocia a ascariasis de la vía biliar. El USG es el método más útil para la detección del parásito en vías biliares, extrayéndose generalmente por CPE, necesitando únicamente el 20% de exploración quirúrgica.

183 TC-170

TUMORACIÓN ABDOMINAL COMO MANIFESTACIÓN DE ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO

Vargas DA, Sánchez LR, Mayret MM, Palomeque LA, Garza V
Hospital General de México, O.D.

Objetivo: Informar el caso de un paciente masculino con diagnóstico de absceso hepático amibiano que se extendió a pared abdominal a nivel de epigastrio, manifestándose clínicamente como tumoración abdominal. **Resumen:** Masculino de 34 años, sin patología crónico-degenerativa, antecedente de pérdida de peso de 5 kg en 2 meses, y que se presenta al servicio de urgencias con presencia de tumoración abdominal en epigastrio de 8 X 7 X 5 cm, poco dolorosa a la movilización, de consistencia dura, y 2 meses de evolución, sin ser precedido de cuadro febril; se realiza USG y TAC que reportan 2 abscesos hepáticos, uno en lóbulo derecho de 10 x 6 x 6 cm y el otro en lóbulo izquierdo de 8 x 6 x 4 cm, el cual se extiende a través de la musculatura y aponeurosis abdominal, manifestándose como una tumoración en epigastrio. Se indica drenaje percutáneo obteniendo material achocolatado de ambos abscesos y se envía a citológico con reporte de absceso amibiano; se indica antibioterapia a base de metronidazol y ceftriaxona; el paciente evoluciona a la mejoría en 2 semanas; se da de alta con USG de control sin patología evidente. **Conclusión:** Además de conocer y diagnosticar el absceso hepático amibiano, el cirujano debe conocer perfectamente las indicaciones para drenaje abierto y/o percutáneo guiado por ultrasonografía. En segundo lugar, este caso nos deja como enseñanza que ante cualquier paciente con tumoración abdominal, estamos obligados a descartar un absceso hepático amibiano como condicionante del mismo.

184 TC-175

FÍSTULA COLECISTOCUTÁNEA, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA

Moreno RJC, Cervantes MPJ, Sánchez BMA, Pérez BR, Juárez SA
Departamento de Cirugía General, Departamento de Radiodiagnóstico, Hospital General de Zona No. 30 Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F.

Objetivo: Presentación de un caso de una fístula biliar externa realizando una revisión de la literatura. **Introducción:** La fístula biliar externa espontánea descrita por primera vez por Thilesus en 1670, es una entidad que hasta hace dos siglos era extremadamente alta su incidencia, describiendo hasta 169 casos por Courvosier en 1890 en una revisión de 499 casos de perforación vesicular y que hasta la fecha Orlich reportó 37 casos aislados. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 47ª, multigesta con antecedente de tabaquismo intenso y obesidad mórbida. Ingresada a urgencias con cuadro crónico de dolor en hipocondrio derecho, y aumento de volumen en flanco derecho, náuseas, fiebre y mal estado general de 5 días de evolución. Se corroboró la presencia de tumoración que abarcaba hipocondrio y flanco derecho así como datos de inflamación, el ultrasonido demostró gran cantidad de líquido en pared abdominal sin aparente comunicación a cavidad abdominal. Mediante anestesia local e incisión transversa se realiza drenaje aproximado de 1.5 litros de material purulento fétido, así como retiro de abundantes litos y "lodo" biliar. Ingresada con antibioterapia y vigilancia. La abscesografía, colangiografía oral y ultrasonido de la región mostraron exclusión de la vesícula biliar sin ser posible demostrar trayecto fis-

tuloso alguno, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica reportó vías biliares normales sin fistulización. La TAC reveló deformidad de la pared abdominal y también ausencia de la vesícula biliar con adherencias de intestino delgado a la región. Una vez mejoradas sus condiciones generales es sometida a laparotomía exploradora con hallazgo de múltiples adherencias de colon, duodeno y epiplón a la región, vesícula escleroatrófica, trayecto fistuloso a pared abdominal con presencia de litos, así como edema pericoledociano y tracción de conductos hepáticos, sometida a fistulectomía y colecistectomía cursando con lesión de hepático izquierdo y reparación primaria. El reporte de histopatología reportó colecistitis xantogranulomatosa y colecistolitiasis. **Discusión:** Las fistulas biliares son complicaciones de cuadros inflamatorios supurativos vesiculares secundarios a colelitiasis. La mayor incidencia es en mujeres de la cuarta década de la vida, así como comunicación a intestino delgado y raramente hacia el exterior, el advenimiento de la antibioticoterapia y la colecistectomía temprana disminuyen la frecuencia de este padecimiento, el manejo siempre es el drenaje y la colecistectomía.

185 TC-177

HÍGADO MULTILOBULADO: REPORTE DE HALLAZGO QUIRÚRGICO EN LAPAROSCOPIA

López MJA, Palacio VF, Olvera MR, Acosta MA, Granja PE, García AL Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", ISSSTE, México, D.F.

Antecedentes: El hígado multilobulado es una variedad anatómica congénita poco común, cuya frecuencia no se ha reportado en la literatura, generalmente cursa asintomático y se descubre como hallazgo en estudios imagenológicos o en cirugía abdominal. **Objetivo:** Presentamos el caso de paciente operada en forma electiva de funduplicatura de Nissen por laparoscopia y que se encontró como hallazgo hígado multilobulado. **Caso clínico:** Paciente femenino de 47 años, con antecedente de cesárea hace 25 años por embarazo gemelar, hepatitis A hace 23 años sin complicaciones, HTAS de 15 años de evolución, G V, P III, A I, C I. PA: Refiere 5 años de evolución con pirosis, regurgitación, tos ocasional, disnea nocturna; inicialmente tratada con antiácido y procinético sin mejoría, se realiza panendoscopia que reporta esofagitis G I, hernia hiatal grande y enfermedad por reflujo gastroesofágico por lo que se da tratamiento con inhibidor de bomba de protones y procinético sin presentar mejoría clínica, por lo que se decide su tratamiento quirúrgico por vía laparoscópica encontrándose hernia hiatal grande, hiato abierto, periesofagitis, lobulillos hepáticos ectópicos parahiatales e hígado multilobulado; se realiza disección del hiato y funduplicatura de Nissen + Allison, finalizando sin complicaciones. Se toman pruebas de función hepática que resultan en parámetros normales. La paciente cursa con buena evolución postoperatoria y es egresada al segundo día en buenas condiciones generales. **Conclusión:** La cirugía laparoscópica es un procedimiento seguro en casos de cirugía abdominal, pudiendo encontrarse variedades anatómicas de los órganos abdominales, incluyendo casos como el hígado multilobulado que cursan asintomáticos y sin alteraciones en los estudios de laboratorio.

186 TC-178

SÍNDROME DE BOUVERET'S: REPORTE DE UN CASO

López MJA, Palacio VF, Delgado CMM, Granja PE, Arenas EG, Senado LI, García AL Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza", ISSSTE. México, D.F.

Introducción: El síndrome de Bouveret's caracterizado por la obstrucción piloro-duodenal secundaria a la impactación de un lito gigante de origen biliar, representa la variedad menos común de íleo biliar (1-3%), afecta principalmente a pacientes mayores con enfermedades cronicodegenerativas y puede cursar con un alto índice de morbilidad. **Objetivo:** Reportar el caso de un paciente con una variedad poco frecuente de íleo biliar atendido en hospital de tercer nivel. **Caso clínico:** Paciente masculino de 52 años con antecedente de DM II e HTAS que presenta obstrucción gástrica y deshidratación secundaria. Se realizó estudios de apoyo con serie esofagogastroduodenal

y panendoscopia que reportaron obstrucción duodenal por lito gigante impactado en píloro y duodeno proximal. No pudiendo extraerse por endoscopia fue sometido a cirugía, encontrándose lito gigante impactado en píloro y duodeno, vesícula biliar escleroatrófica. Por lo que se realiza gastrotomía, extracción del lito y gastrorráfia. Posteriormente se identifica fístula bilioduodenal con estudios de apoyo. El paciente presentó buena evolución postoperatoria egresándose del servicio al sexto día. **Conclusión:** El síndrome de Bouveret's es una entidad poco frecuente, cuyo diagnóstico tiene una alta sensibilidad y especificidad con el apoyo diagnóstico de radiología y endoscopia. La extracción por endoscopia es difícil en caso de lito gigante e impactado, siendo la cirugía una buena alternativa terapéutica.

187 TC-184

HIPERPLASIA NODULAR FOCAL, HALLAZGO TRANSOPERATORIO DURANTE UNA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rojano ME, Reyes Q, Razo V, Ramírez AF, Alvarado HA, Pereira FA Hospital General «Dr. Darío Fernández Fierro» ISSSTE.

La colecistectomía laparoscópica actualmente es el procedimiento más aceptado para el tratamiento de la litiasis vesicular. En ocasiones los hallazgos transoperatorios de algunas lesiones asociadas se convierten en un reto diagnóstico y un desafío en ese momento. Por lo que se debe tener en mente todas las posibilidades de las lesiones, ya sean benignas o malignas. La hiperplasia nodular focal es un padecimiento benigno raro, que se caracteriza por una lesión bien delimitada y por lo general solitaria compuesta por nódulos de hepatocitos benignos hiperplásicos que rodean a una cicatriz fibrosa central en forma de estrella. El aspecto histopatológico es de una cirrosis inactiva. Se presenta un caso de una paciente femenina de 36 años que durante el procedimiento quirúrgico se encuentra como hallazgo esta lesión. Esta lesión es poco común y constituye un ejemplo de la gama de enfermedades que debemos tener en cuenta durante la cirugía.

188 TC-188

ILEO BILIAR. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE CASO

Méndez VG, Domínguez CL, Cortés MS, Nuñez GE, Tort MA, Sevilla MA, Martínez LO Hospital 1° de Octubre; ISSSTE. México, D.F.

La primera descripción de íleo biliar fue hecha por Bartholin. Es frecuentemente precedido por un episodio de colecistitis aguda, siendo la obstrucción intestinal resultado de la impactación de uno o más litos vesiculares debido a una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo; presentándose con mayor frecuencia la fístula colecistoduodenal en 65-77%, colecistocolónica en 10-25%, colecistogástrica en 5% y coledocoduodenal en 2%. Se manifiesta como un cuadro de obstrucción intestinal. El íleo biliar es una enfermedad en edad avanzada con una mayor incidencia de los 65 a 75 años, predominado en el sexo femenino 3:1. Los estudios de radiología simples de abdomen son muy importantes para establecer el diagnóstico. Se reporta un diagnóstico preoperatorio del 30-50% de los casos con un intervalo de 3-4.5 días del ingreso al tratamiento quirúrgico. El objetivo es la resolución temprana de la obstrucción intestinal con enterolitotomía y posteriormente la resolución definitiva para la corrección de la fístula en algunos casos. Se presenta el caso de paciente femenina de 88 años, la cual inicia cuadro 4 días previos a su ingreso, sin antecedentes quirúrgicos abdominales y con cuadro de oclusión intestinal, las placas de abdomen con imagen de lito de 4 cm, por lo que se realiza laparotomía con enterotomía y extracción del lito, encontrándose una fístula colecistoduodenal.

189 TC-198

PROTEÍNA C REACTIVA EN PACIENTES CON COLECISTITIS LITIÁSICA

Segura CM, Trejo SM, Perales LJ
Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata

Objetivo: Comparar los niveles de proteína C reactiva en hombres y mujeres con colecistitis litiasica. **Material y métodos:** Estudio clínico comparativo, prospectivo, trasversal y observacional. Se incluyó a los pacientes que acudieron al servicio de urgencias con cólico vesicular, hombres y mujeres mayores de 18 años, exámenes de laboratorio completos, ultrasonido. Se les tomó muestra para la titulación de proteína C reactiva (Protec CR Iafón). Se formaron dos grupos: 1) estudio = hombres con colecistitis litiasica; 2) Mujeres con colecistitis litiasica. **Estadística:** Los valores se expresan en media y desviación estándar, Chi-cuadrada para variables nominales, «t» Student no pareada para las variables continuas. **Resultados:** Se incluyeron 81 pacientes promedio edad = 43.1) 50 mujeres (61%) y 31 hombres (39%). Se eliminaron 10 pacientes. 1) La proteína C reactiva es positiva en 31 hombres vs 12 mujeres ($p = 0.0003$); 2) Los títulos de más 1:640 fueron 16 hombres vs 5 mujeres ($x = 20.7$, $p = 0.0009$); 3) 29.6% de los hombres estaban complicados vs 16.4% ($x = 15.1$, $p = 0.001$), en ambos grupos con títulos mayores de 1:640; 4) Las complicaciones más frecuentes: piocolecisto (36.3% vs 18.2%, $X = 19.2$, $p = 0.0001$). **Conclusión:** La proteína C reactiva se presenta a títulos mayores en los hombres con colecistitis litiasica complicada, lo que sugiere que puede ser un indicador indirecto de complicación cuando lo realizamos en forma preoperatoria

190 TC-200

QUISTE HEPÁTICO SIMPLE BILIAR. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Esmer SD, Alcocer GF, Vázquez A
Centro Médico del Potosí, San Luis Potosí, SLP.

Antecedentes: La causa más común de enfermedad quística en el hígado son los quistes congénitos o biliares, frecuentemente únicos y unilobulares. Su etiología no está bien definida. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con vaciamiento de quiste hepático gigante. **Presentación del caso:** Femenino 49ª acude por sensación de plenitud postprandial temprana y dolor en epigastrio. Se le solicitó US que reportó imagen de quiste gigante en lóbulo hepático izquierdo, se realizó tomografía y se sometió a drenaje y destechamiento por laparoscopia sin complicaciones. **Conclusión:** Los quistes hepáticos simples congénitos son frecuentemente encontrados por hallazgo aunque en pocos casos llegan a crecer tanto que dan síntomas por efecto compresivo del tumor.

191 TC-204

ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO COMPLICADO A PLEURA Y SÍNDROME DE PAPILLON-LEFÈVRE. REPORTE DE UN CASO

Sánchez FP, Sánchez-Reyes K, Caballero LC, Guerrero J, Blanco BR
Departamento de Gastrocirugía. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional S XXI. México, D.F.

Antecedentes: El síndrome de Papillon-Lefèvre (SPL) descrito por Papillon y Lefèvre en 1924. Enfermedad rara, autosómica recesiva (cromosoma 11q14-q21) con queratoderma palmoplantar difuso y periodontitis juvenil. Con predisposición a desarrollar abscesos hepáticos piógenos (AHP), descrito en 1988. **Objetivo:** Describir las características clínicas del AHP complicado a pleura ipsilateral asociado al SLP. **Informe del caso:** Masculino de 19 años, inicia 2 meses previos a su ingreso con dolor en HD, fiebre de 39°, astenia, adinamia, anorexia y pérdida de 20 kg. Se realizó ultrasonido y tomografía abdominal con lesión en lóbulo hepático derecho de 9.5 x 5 cm probablemente neoplásica, se puncionó, con reporte de absceso hepático y cultivo de *S. aureus*, la radiografía de tórax con elevación del hemidiafragma derecho. Presentó tos, expectoración amarillo-verdosa, dolor en región costal derecha e hipoventilación basal ipsilateral. Se colocó catéter guiado por tomografía para drenaje, sin mejoría clínica y bioquímica, tomográficamente con mismas dimensiones y septos, drenándose vía torácica 50 ml de material hemato-

purulento, con biopsia hepática y pulmonar sin malignidad. Control tomográfico con persistencia de absceso, drenándose vía abdominal 300 ml de pus y detritus, con evolución satisfactoria y egreso. Recibió cefotaxima, amikacina, metronidazol e imipenem. **Discusión:** Se instala durante los primeros 4 años de vida; a los 14 años los pacientes presentan edentulia. Existe alteración cualitativa y cuantitativa en los neutrófilos e inmunocompromiso secundario. Los AHP son comunes, solitarios, con diseminación hematogena y por contigüidad (infección polimicrobiana). *S. aureus* es el germen predominante; puede ser criptogénico en el 20%. **Conclusiones:** El AHP asociado al SPL en huéspedes inmunocomprometidos, amerita una decisión quirúrgica radical.

192 TC-205

ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE VESÍCULA BILIAR. REPORTE DE CASO

Sánchez-Reyes K, Sánchez FP, Ramírez AR, Blanco BR
Departamentos de Gastrocirugía y Patología. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, D.F.

Antecedentes: Este tumor es poco común, representa el 4% de los carcinomas de la vesícula biliar. Tiene 2 variantes histológicas, una de ellas similar a la encontrada en la mama y la segunda caracterizada por glándulas dilatadas, quísticamente llenas de mucina. **Objetivo:** Informe del caso. Femenino de 65 años, diabética, hipertensa, con insuficiencia renal crónica secundaria en hemodiálisis. Inicia un mes previo a su ingreso con ictericia súbita, progresiva, dolor abdominal difuso cólico; además astenia, adinamia, prurito y pérdida de 10 kg en 3 meses. Bioquímicamente con patrón colestático obstructivo e hiperazoemia. Ultrasonido hígado pequeño, lobulado, vesícula con múltiples litos, dilatación vía biliar intra y extrahepática, colédoco de 13 mm. Colangiografía endoscópica demuestra estenosis de la vía extrahepática, tercio medio. Se somete a cirugía encontrando ascitis de 2,000 ml, vesícula biliar de 12 x 7 cm con litos en el interior, tumor en bolsa de Hartmann cístico, parte media y distal del colédoco, hígado micronodular. Se realiza colecistectomía, colocación de sonda en t, biopsia hepática y de epiplón y se envía líquido de ascitis a citológico y citoquímico. Se confirma diagnóstico de carcinoma mucinoso de la vesícula biliar, células neoplásicas en el líquido, epiplón y la biopsia hepática con patrón colestático. Se egresó por control y mejoría de su padecimiento y es vista en consulta externa. **Conclusiones:** Debido a que el carcinoma mucinoso de vesícula biliar es raro, no existe punto de comparación respecto a comportamiento clínico o modo de diseminación con otros tipos de carcinoma. Se ha reportado diseminación peritoneal más comúnmente.

193 TC-206

HEPATOCARCINOMA PEDICULADO. REPORTE DE CASO

Sánchez-Reyes K, Sánchez FP, Caballero LC, Guerrero J, Blanco BR
Departamento de Cirugía Gastrointestinal y Radiodiagnóstico. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, D.F.

Antecedentes: Es la neoplasia digestiva más frecuente a nivel mundial. Se asocia a HBV, HCV, cirrosis hepática alcohólica, aflatoxinas, deficiencia de alfa-1-antitripsina y hemocromatosis. Los pulmones constituyen el sitio más común de metástasis. **Informe del caso:** Masculino de 85 años, hipertenso. Inicia 3 meses previos al ingreso con meléna, pérdida de 7 kg en los 2 últimos meses; a la palpación con un tumor en epi-mesogastrio duro, fijo, de 20 x 18 cm, ultrasonido con reporte de tumor de páncreas, panendoscopia sin tumor; tomografía abdominal encontrando tumor dependiente de lóbulo hepático izquierdo (LHI) de 17 x 13 cm. Se realizó BAAF retroperitoneal con diagnóstico de adenocarcinoma. Bioquímicamente con adecuada reserva hepática. Arteriografía con aporte sanguíneo de la arteria gástrica izquierda, gastroduodenal y esplénica con diagnóstico de tumor dependiente de estómago. Se operó encontrando tumor nodular dependiente de LHI, pediculado, muy vascularizado,

con invasión de la cara anterior del estómago y 3 metástasis hepáticas ipsilaterales, se resecó en su totalidad. **Discusión:** No hay síntomas distintivos, los presentan tardíamente por las grandes dimensiones o compromiso de la función hepática. La AFP se eleva en el 55-95%. La resección quirúrgica completa es la mejor opción, la mayoría de los pacientes son inoperables al momento de presentación por un estado avanzado o descompensación hepática y cirrosis. **Conclusiones:** La supervivencia a 5 años de tumores reseca-dos menores de 5 cm es del 30-70%. El gran tamaño tumoral, tumores múltiples, metástasis intrahepáticas, invasión venosa portal e invasión capsular son factores de mal pronóstico, con una recurrencia del 100% a 5 años.

194 TC-221

QUISTE DE COLÉDOCO. REPORTE DE DOS CASOS

Colón GJG, Mondragón SR, Arzate OC, Mondragón SR
Centro Médico ISSEMYM. Toluca. México

Introducción: Los quistes coledocianos son raros, 1 por cada 150,000 habitantes, se presentan a cualquier edad y sexo pero predominan en la infancia. Se cree que se desarrollan por una inserción anormal del conducto pancreático en el colédoco proximal al esfínter de Oddi. Se clasifican en 4 tipos según la clasificación de Todani. **Material y métodos:** De febrero a junio del 2003, se presentaron 2 pacientes con quiste de colédoco al Servicio de Cirugía de Centro Médico ISSEMYM. El diagnóstico fue realizado de manera preoperatoria en ambos casos. La cirugía ideal en estos casos es considerada la resección por el aumento en la incidencia a largo plazo de carcinoma en casos en que únicamente son derivados. **Resultados:** Se estudiaron 2 pacientes del sexo femenino de 33 y 68 años de edad a los cuales se les diagnosticó quiste de colédoco Tipo I según la clasificación de Todani. Ambos quistes fueron resecados en su totalidad y se realizó derivación bilio-digestiva (hepático-yeyuno anastomosis). Los pacientes evolucionaron de manera adecuada. **Conclusión:** Los quistes de colédoco son lesiones poco frecuentes, el tratamiento ideal va de acuerdo con el tipo de quiste, siendo la resección el mejor tratamiento en la mayoría de los casos.

195 TC-242

HEPATOCARCINOMA, LA PRESENTACIÓN BENIGNA NO LO EXCLUYE, REPORTE DE UN CASO

Gómez HJV, Estrada CA, Guzmán VG, Cajica LA, Nájera GN
Hospital de Especialidades «Dr. Bernardo Sepúlveda G». CMN Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Introducción: El hepatocarcinoma es una patología más frecuente en hombres, teniendo fuerte relación con infección por virus de hepatitis B y C, caracterizado por supervivencia corta y pronóstico malo en los estadios en que se diagnostica habitualmente, su presentación es variable. Se presenta el caso de una paciente inicialmente con cuadro de colangitis y sospecha de carcinoma de vesícula, que en su postoperatorio se tuvo resultado de hepatocarcinoma. **Caso clínico:** Paciente femenina de 65 años de edad, antecedente de hipertensión arterial controlada, negando otro antecedente de importancia. Nueve meses de evolución con dolor epigástrico, cólico, irradiado a tórax posterior, con náuseas, recientemente hipertermia, ictericia y vómito. Inicialmente valorada con cuadro de colangitis. Hiperbilirrubinemia, sin leucocitosis, US con colelitiasis crónica litiasica múltiple, sin agudización y con dilatación de colédoco. Desapareciendo la ictericia y mejorando clínicamente. Valorada posteriormente asintomática, sin pérdida de peso u otro síntoma. Se solicitó tomografía computada, reportando dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, con probable coledocolitiasis, por lo que se realizó colangiografía retrógrada endoscópica, encontrando estenosis del hepático común y vesícula excluida, realizando esfinterotomía y colocándole endoprótesis biliar, tuvo pancreatitis leve postcolangiografía resuelta favorablemente. Se realizó nueva tomografía con hallazgo de lesión sugestiva de carcinoma de vesícula, limitada a la misma, sin infiltración ni adeno-

patías. Se realizó laparotomía exploradora, encontrando induración, edema vesicular importante y fibrosis en su lecho, realizándose colecistectomía ampliada, con diagnóstico de hepatocarcinoma. **Conclusión:** El hepatocarcinoma constituye un padecimiento que debe ser considerado en el diagnóstico de pacientes con probable neoplasia vesicular.

196 TC-272

EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES MEDIANTE COLANGIOSCOPIA: PERSPECTIVA Y EXPERIENCIA EN UN CENTRO MÉDICO DE SEGUNDO NIVEL

Torres AR, Vázquez RJA, Reaza PE
Hospital Central del Estado, Chihuahua, Chih.

Antecedentes: Anteriormente el abordaje quirúrgico de las vías biliares se confinaba a exploración mediante técnicas ciegas y en ocasiones limitadas. Avances recientes en fibroendoscopia desarrollaron endoscopios para abordar las vías biliares mediante visión directa para diagnóstico y/o tratamiento. Este procedimiento ha sido de gran utilidad para manejar de la obstrucción litiasica. **Objetivo del estudio:** Valorar la certeza diagnóstica de la colangiografía transoperatoria en pacientes con datos radiológicos de obstrucción; la factibilidad para despejar la vía biliar endoscópicamente; las complicaciones y mortalidad relacionadas al procedimiento. **Material y métodos:** Se revisaron 17 casos de pacientes sometidos a exploración de vías biliares con datos radiológicos de obstrucción. En todos se realizó colangiografía a través del colédoco, y se compararon los hallazgos con los datos radiológicos de colangiografía o ERCP previas. Secundariamente se realizó la permeabilización de la vía biliar por métodos convencionales o colangiografía. Se evaluó la morbilidad y mortalidad relacionadas al procedimiento. No se presentó ningún caso de muerte durante ni después de la cirugía y de las complicaciones que se presentaron, ninguna se atribuyó directamente a la realización de la colangiografía, siendo dos fugas biliares mínimas que se resolvieron en forma espontánea, e infección de la herida en otra paciente. **Conclusiones:** La colangiografía transoperatoria es un método útil para el abordaje diagnóstico y terapéutico en obstrucciones de la vía biliar, con un riesgo mínimo de lesión por el procedimiento, ya que éste se realiza bajo visión directa, logrando buenos resultados en la extracción de cálculos de las vías biliares.

197 TC-273

ASA BILIOYEUANO-SUBCUTÁNEA PARA ACCESO ENDOSCÓPICO EN REPARACIÓN DE VÍAS BILIARES

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

Objetivo: Presentación de 5 casos de pacientes reoperados por lesión de la vía biliar principal y que requieren reconstrucción bilio-entérica con hepatoyeyuno anastomosis y asa de yeyuno terminal en localización subcutánea, para acceso endoscópico posterior. **Informe de casos:** Caso 1: femenina de 18 años con lesión de la vía biliar por colecistectomía abierta sin complicaciones después del procedimiento durante 4 años de seguimiento. Caso 2: femenina de 47 años con lesión post-colecistectomía abierta con 3 años y 6 meses de seguimiento sin complicaciones. Caso 3: masculino de 40 años con lesión post-colecistectomía laparoscópica con 3 años de evolución, se realiza en 2 ocasiones dilatación de la anastomosis hepatoyeyunal por estenosis con catéter balón 9 fr. Caso 4: femenina de 34 años con lesión por colecistectomía abierta con 6 meses de seguimiento sin complicaciones. Caso 5: masculino de 28 años operado por colecistectomía laparoscópica con lesión Bismuth III, 4 meses de seguimiento sin complicaciones. **Resultados:** Solamente el tercer caso reportado ha requerido acceso endoscópico con buenos resultados después de la dilatación. **Discusión:** El procedimiento es adecuado en el paciente con estenosis de la anastomosis sin necesidad de reconstrucción quirúrgica de la misma; con acceso endoscópico a través de la asa subcutánea, con altas posibilidades de éxito.

198 TC-293

MANEJO DE ANEURISMAS DE ARTERIA HEPÁTICA Y MESEN-TÉRICA SUPERIOR CON COLIS

Blanco BR, Romero HT, Aguilar PJM, Sánchez EA
Servicio de Gastrocirugía. Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Antecedentes: Los aneurismas de la arteria hepática representan el 20% de los que afectan las arterias esplánicas. Etiología: aterosclerosis 32%, degeneración de la túnica media 24%, traumatismos o iatrogenos 22%, infección en un 10%. **Objetivo del estudio:** Presentación del manejo de aneurisma secular de arteria mesentérica superior y hepática con "colis". **Material y Métodos:** Masculino de 57 años. **Antecedentes:** tabaquismo, alcoholismo, EVC hemorrágico con secuela de hemiparesia izquierda. Colectectomía laparoscópica 5 años previos con tres reintervenciones posteriores por abscesos residuales. Presenta ictericia, dolor en hipocondrio derecho, melena. Se realizó CPRE que reporta papila necrosada, cepillado con reporte histopatológico negativo a malignidad, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, hemobilia. Se realiza arteriografía con hallazgo de pseudoaneurisma de la arteria mesentérica superior y en arteria hepática, sin sangrado activo. Se realizó embolización selectiva con Bario, evolucionando hacia la mejoría, con descenso en los niveles de bilirrubinas, PFH, y la ictericia. Seis meses posteriores presenta ictericia, dolor en hipocondrio derecho, fiebre y melena. Se realiza arteriografía donde se observan los aneurismas antes mencionados, se colocan los espirales ("colis"). Con remisión de la sintomatología. **Resultados:** El manejo de aneurismas de arteria mesentérica superior y arteria hepática se puede realizar en forma satisfactoria con espirales "colis". **Conclusiones:** La oclusión con colis son seguros para tratar los aneurismas en arteria extrahepática si el aneurisma es sacular. La resección hepática ocasionalmente es necesaria para aneurismas intrahepáticos, la embolización percutánea ha sido el tratamiento de elección en estos casos.

199 TC-296

HEMOPERITONEO Y HEMOTÓRAX SECUNDARIO A RUPTURA HACIA CAVIDAD PERITONEAL POR HEPATOCARCINOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN

Barges CJ, Andrade PD, Ramírez SME
Hospital Gea González.

El presente caso corresponde a un masculino en la quinta década de la vida que se presenta al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal, el cual es una presentación frecuente del hepatocarcinoma hasta 91% de los casos en algunas series, síndrome de desgaste 38%. Sin embargo, en la presentación de este caso el dolor abdominal se encuentra a consecuencia de hemoperitoneo masivo, esto sólo se observa en el 5% de los casos de hepatocarcinoma y conlleva una alta mortalidad 55-64% en las primeras 24 hrs y una sobrevida de sólo 2% a tres meses. Los pacientes con carcinoma hepatocelular clínicamente aparente tienen un pronóstico muy pobre, el promedio de sobrevida es menor a los 7 meses, esto suele deberse a la rápida invasión del tumor a estructuras vecinas como son la vena porta y las hepáticas. Sin embargo, el CHC se puede detectar en etapas tempranas mediante estudios regulares en pacientes con riesgo de desarrollar esta neoplasia, mejorando de manera notable el pronóstico de los pacientes. Se trata de paciente masculino de 43 años de edad, de nivel socioeconómico bajo, originario del estado de Guerrero, con hábitos higiénico-dietéticos deficientes, ocupado en la jardinería, sin antecedentes familiares conocidos de importancia, tabaquismo y alcoholismo positivos llegando a la embriaguez una vez por semana desde hace 20 años a base de destilados y fermentados. Antecedente de vértigo manejado por médico especialista en Acapulco Guerrero hace cuatro años. Refiere cuadros de distensión abdominal, estreñimiento y dolor abdominal desde septiembre del 2002, tratados en Iguala Guerrero por médico general como cuadros de enfermedad acidopéptica, sin mejoría. El paciente se presenta en Urgencias el día 25 de febrero de

2003 por cuadro de dolor abdominal súbito, intensidad 8/10, localizado en mesogastrio e hipocondrio derecho de 24 hrs. de evolución, náusea, vómito de contenido gastrobiliar en seis ocasiones, astenia, adinamia, síndrome de desgaste, ictericia de 15 días de evolución. A la exploración física se le encuentra consciente, orientado, cooperador, tinte icterico +, signos vitales tensión arterial 110/70 mmHg, 108 latidos cardiacos por minuto, temperatura de 37 centígrados, peso de 65 kilogramos. Ruidos cardiacos rítmicos, taquicárdico, sin alcanzar a detectar patología audible, entrada y salida de aire sin alteraciones, no se integra síndrome pleuropulmonar. Abdomen distendido, sin peristalsis audible en 1 minuto de auscultación, timpanito en región mesogástrica a la percusión, dolor a la palpación superficial de manera generalizada, Blumberg positivo, puntos apendiculares no dolorosos, Murphy positivo, puñopercusión hepática dolorosa, resistencia muscular localizada a hipocondrio derecho y epigastrio, no se palpan masas, borde hepático dentro de límites normales sobre líneas convencionales, no se palpa esplenomegalia, Giordano negativo. Genitales externos sin alteraciones, testículos y bolsas escrotales normales, no se palpan masas, próstata grado I no dolorosa. Neurológicamente íntegro sin estigmas neurocutáneos sugerentes de enfermedad hepática. A su ingreso se cuenta con biometría hemática completa, pruebas de funcionamiento hepático, química sanguínea. A su ingreso se le realiza. El cual muestra una colección perihepática, espacio de Morrison ocupado por líquido libre, masa de apariencia quística dependiente de lóbulo hepático con límites mal definidos. Se obtiene tomografía computada simple y con medio de contraste de abdomen donde se observa masa en lóbulo hepático izquierdo de aproximadamente 7 x 10 cm de apariencia quística, rechazando estómago, múltiples formaciones quísticas en lóbulo hepático derecho. Debido a la presencia de líquido libre en cavidad, la disminución en el hematocrito casi 10% en menos de 12 hrs. y la posibilidad de un absceso roto a cavidad peritoneal, se decide realizar laparotomía exploradora bajo el consentimiento informado del paciente encontrándose lo siguiente: Hemoperitoneo de 2,000 cc libre en cavidad, lóbulo izquierdo ocupado por masa abscedada, necrótica de aproximadamente 7 x 9 cm, erosión de múltiples zonas del mismo lóbulo con sangrado activo, se realiza lobectomía hepática izquierda. El paciente se encuentra con desequilibrio hemodinámico y se interconsulta a la unidad de cuidados intensivos. El paciente pasa a piso de cirugía bajo efectos de sedación y relajación con midazolam y vecuronio con intubación orotraqueal y ventilación mecánica asistida. Se obtienen laboratorios. El día 27 el paciente presenta mejoría y se decide retiro del apoyo mecánico ventilatorio, signos vitales estables, broncoespasmo que cede a la aplicación de salbutamol en micronebulizador de manera intermitente. Se hace primer reporte histopatológico en el cual se describe haber recibido múltiples fragmentos de tejido de aproximadamente 15 x 13 x 7.5 cm café rojizo con áreas amarillentas lobuladas de consistencia blanda y zonas membranosas. Al corte de manera macroscópica se observan áreas de necrosis y hemorragia. Al microscopio se observa neoplasia maligna poco diferenciada con necrosis y hemorragia extensa. El patrón histológico es semejante al observado en el carcinoma embrionario testicular. El reporte inmunohistoquímico revela citoqueratina 8 ++. Citoqueratina de alto peso molecular negativa, CD30 negativo, ACE ++ en formaciones glandulares, AFP +++ (multifocal). Con esto se hace el diagnóstico de hepatocarcinoma con patrón sólido y glandular (moderadamente diferenciado). Se realizan marcadores tumorales, los cuales se encuentran de la siguiente manera: AFP 1018.06 ng/dl (valor de referencia normal 0-2.3 ng/dl). Antígeno carcinoembrionario 14.85 ng/dl (valor de referencia 5.9 ng/dl). Se hace interconsulta al servicio de Oncología quienes mencionan que el paciente no es candidato a tratamiento con quimioterapia o lipiodol pues tiene lesiones hepáticas satélites, además de metástasis a ganglios regionales. El paciente evoluciona tórpidamente presentando dificultad respiratoria súbita, se realiza gasometría arterial que muestra acidosis respiratoria parcialmente compensada, placa anteroposterior de tórax que muestra derrame pleural 70%, se realiza toracocentesis obteniéndose material hemático 200 cc, se decide colocación de sonda de pleurostomía 32 Fr evacuando 800 cc de material hemático que no coagula. Se realiza citología de este material reportándose inconta-

bles eritrocitos, histiocitos y la presencia de células neoplásicas poco diferenciadas. El paciente se mantiene internado en el hospital hasta el día 26 del mes de marzo cuando se decide egreso a su domicilio en Iguala Guerrero.

200 TC-299

COLECISTITIS Y SITUS INVERSUS

Alvarez MS, Hernández MA, Sentíes CS, Heredia ML
HGR 25 IMSS. México D.F.

Introducción: El situs inversus total es una alteración congénita rara, reportada en un .01 del total de recién nacidos. En pacientes con patología vesicular este hallazgo representa algunas dificultades técnicas durante la realización de la cirugía por encontrarse una imagen en "espejo" de las estructuras anatómicas, lo que representa mayor dificultad durante la colecistectomía laparoscópica. Presentación de caso clínico: Paciente femenino de 32ª. Obesa, sin antecedentes de importancia que llega al servicio de urgencias con cuadro de dolor abdominal de predominio en epigastrio e hipocondrio izquierdo, de 2 días de evolución, posterior a ingesta de colecistoquinéticos, niega ingesta de alcohol. A la EF, afebril, taquicárdica, abdomen con gran pániculo adiposo, con dolor a la palpación media y profunda en epigastrio y HClzq, peristalsis disminuida. Laboratorios con leucos de 11,500 Hb 13. Bandas 2. Glicemia 110. PFH normales. US V.B. en HClzq de 77.5 x 24.5 mm con un lito en su interior de 23.1 mm a nivel de cuello vesicular, glándula hepática normal, Rx de tórax: dextrocardia, Rx de abdomen: situs inversus. Se programa para colecistectomía abierta con hallazgos de pirocolecisto, cístico de 4 mm, colédoco de 6 mm con situs inversus a nivel de cavidad abdominal. **Discusión:** Existen reportes en la literatura de esta variante congénita rara que sumada a la patología vesicular requiere tratamiento quirúrgico, urgente como en este caso, sin embargo, una con adecuada identificación de las estructuras y disección cuidadosa la colecistectomía se puede realizar de manera segura.

201 TC-309

QUISTE DE COLÉDOCO. LA IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA

Vázquez CJ, Vázquez MDA, Esquivel HM, Oliva LS
Hospital Ángeles de Querétaro.

Resumen: Se presenta el caso de paciente femenino de 13 años de edad quien desde los 3 años de edad presentó cuadros recurrentes de dolor abdominal, acompañado de ictericia en 3 ocasiones. Fue manejada como posibles cuadros de hepatitis de repetición y fue multitratada para colitis por *Giardia lamblia*. Acude a nuestro servicio con mismo cuadro, y al obtener el antecedente de dolor e ictericia de repetición desde la infancia se sospecha malformación de vías biliares que se corrobora con exámenes de gabinete, diagnosticando quiste tipo I. Se realizó cistectomía, con derivación biliodigestiva en Y de Roux. Se presenta el caso y revisión de la literatura.

202 TC-322

ICTERICIA OBSTRUCTIVA LITIÁSICA Y MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LAS VÍAS BILIARES

Ocampo DR, Ballesteros MA
Clínica Borda S.A. de C.V. Cuernavaca, Morelos.

Historia del caso: Antecedentes heredo-familiares: Femenina de 23 años con abuela materna muerta por cirrosis hepática; abuelo materno muerto por enfermedad reumática; padre diabético y madre sana. Antecedentes patológicos personales: Enfermedades virales de la infancia, varicela y sarampión, faringoamigdalitis de repetición. Quirúrgicos y traumáticos negativos. Antecedentes gineco-obstétricos. Gesta 3 para 1, abortos 2. Evolución clínica. Padecimiento actual: Los inicia en el mes de marzo del 2002 con dolor severo en CSD y un cuadro de ictericia obstructiva con remisiones y exacerbaciones. Procedimientos auxiliares de diagnóstico. Estudios de laboratorio y de imágenes. El ECO mostró una dilatación importante del

colédoco con litos en su interior. Laboratorio: bilirrubinas totales de 14; fosfatasa alcalina de 680; tgo 96, tgp 110 y hb 10.4. Cpre: se observó una duplicación vesicular con una de ellas de características hipoplásicas, y la otra, escleroatrófica y de ubicación anómala con drenaje directo de comunicación amplia en el origen del conducto hepático izquierdo. Gruesos defectos de repleción en el interior del colédoco por cálculos radiotransparentes (colesterina), todos de más de 10 mm de diámetro. Dilatación moderada de la vía biliar intrahepática y de mayor importancia en el colédoco. El hepático derecho muestra imágenes litiásicas. Continúan dos diapositivas de imágenes radiológicas. Esfinterotomía (vídeo). Se realiza abordaje quirúrgico abierto después de la esfinterotomía y de la corrección de la anemia mediante la administración de tres unidades de concentrado globular. Técnica quirúrgica: Colecistectomía con exploración de la vía biliar y extracción de litos por coledocotomía dejando sonda en T No. 8 con colangiografía transoperatoria y drenaje de penrose. **Conclusiones:** Malformación congénita de la vía biliar extrahepática (duplicación vesicular). Hipoplasia de una de las vesículas y condición escleroatrófica de la otra con comunicación anómala al origen del hepático izquierdo. Coledocolitiasis múltiple. Nota: las anomalías estenosantes y de duplicación de la vía biliar predisponen la aparición de litiasis y de sus complicaciones.

203 TC-325

QUISTE HEPÁTICO GIGANTE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Morales ME, Sánchez R, Duarte M, Zambrano J, Galván F
Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la U.A.C. Torreón, Coahuila.

Antecedentes: Lesiones poco frecuentes del hígado con frecuencia en la población entre el 0.1 a 0.2% y su etiología puede ser diversa. Sherlock, estableció que su origen puede ser congénito o adquirido. Se les considera alteraciones embrionarias que resultan de la dilatación de conductos biliares intralobulares, que están cubiertos por un epitelio cuboidal. **Objetivo:** Caso clínico y revisión de literatura. **Material y métodos:** Paciente femenina de 45 años de edad la cual presenta cuadro de un mes de evolución caracterizado por meteorismo, distensión abdominal, sensación de saciedad precoz, aumento del perímetro abdominal, agregándose vómitos y alteraciones en el tránsito intestinal. Posterior al estudio de radiodiagnóstico con ultrasonido y TAC se diagnostica quiste hepático gigante. Se somete a cirugía encontrándose quiste hepático del lóbulo derecho gigante dependiente del segmento IV de 20 x 12 cm con diámetro de 25 cm de paredes delgadas en donde una porción de la cápsula formaba parte de la pared de la vesícula biliar con un lito en su interior de aprox 2 cm. Con gran deformación de la región y desplazamiento del colédoco por la masa quística, la cual se insinuaba hacia los conductos hepáticos. Realizándose escisión de pared del quiste con marzupialización del mismo, colecistectomía y exploración de vías biliares con colocación de sonda de Kehr. **Resultados:** El análisis histopatológico de la lesión reportó cistoadenoma hepatobiliar. **Conclusiones:** Los quistes sintomáticos y en general requieren de manejo quirúrgico. Según su localización y predominio puede ser considerada la marzupialización o la resección hepática. Se requiere seguimiento periódico con ultrasonido para determinar recidiva. Las lesiones quísticas malignas requieren de resección completa.

204 TC-329

QUISTE HEPÁTICO GIGANTE ASOCIADO A C.C. LITIÁSICA Y H. UMBILICAL EN SENIL

Navarro NF, López CF, Medrano MV, Medina GR
IMSS HGSZ No. 13 Acámbaro, Gto.

Antecedentes: Los quistes hepáticos no parasitarios son poco frecuentes, pueden ser uni o multiloculares, con mayor frecuencia únicos, también denominados quistes solitarios; cuando son múltiples (poliquistosis hepática) suelen asociarse en un 40% a poliquistosis renal. Generalmente asintomáticos. Pueden tratarse mediante pun-

ción-aspiración-escleroterapia, derivación interna o externa, o resección. **Objetivo:** Presentar el caso de paciente senil con quiste hepático gigante no parasitario asociado a colecistitis crónica litiasica y hernia umbilical incarcerada, tratados quirúrgicamente con éxito. **Material:** Paciente femenino de 92 años de edad, multigesta, con cardiopatía mixta y diabetes M2 de reciente descubrimiento. Motivo de consulta: gastroenteritis. A la EF: P:39 kg T:1.40 m. Signos vitales: normales. Senil, hipoacúsica, adoncia parcial, RsCs Arritmicos. Abdomen: tumoración epigástrica, esférica, de aprox. 16 cm diam. poco dolorosa, lisa, renitente, desplazable con movimientos respiratorios; además protrusión umbilical de 4 cm diam. indolora, irreducible. Miembros pélvicos: edema maleolar blando. Laboratorio: Biometría hemática, TP, TPT: normales. Química sanguínea normal, excepto: Glucosa: 249 mg/dl. EGO: albuminuria, glucosuria, leucocituria y bacteriuria. Ultrasonografía abdominal: Imagen anecoica (quistica) dependiente de hígado, de 15 x 11 x 14 cm, comprime estructuras vecinas. La vesícula biliar con imágenes ecogénicas (litos) en su interior. Hallazgos quirúrgicos: Quiste hepático de 18 cm diam. en cara anteroinferior de lóbulo izquierdo, sin tabicaciones, conteniendo líquido cristalino. Vesícula biliar distendida (16 x 6 x 6 cm) paredes engrosadas, con 4 litos de 1.5 cm diam. Saco herniario umbilical (4 cm diam.) conteniendo mesenterio de colon transverso. Se realizaron: resección del quiste, marsupialización y omentoplastia; colecistectomía, plastia umbilical y drenaje de cavidad. Manejo postoperatorio conjunto con Anestesiología y Medicina Interna. Egresó al 4o día, retirándosele drenaje 5 días después. A más de 3 años de intervenida se mantiene asintomática. En la presentación oral se proyectan fotografías y revisión del tema.

205 TC-343

QUISTE DE COLÉDOCO, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

González SJR, Reyes PC, Esteves CI, Badillo BA, Dorian MC Hospital Juárez de México.

Antecedentes: El quiste de colédoco es diagnosticado en su mayoría en la infancia y adolescencia y sólo en el 20 a 30% de los casos es en la vida adulta. La triada clásica encontrada hasta en el 14% es: Ictericia, colestasis y dolor. **Informe del caso:** Femenino de 29 años de edad de Tuxtla Gutiérrez con antecedente de colecistectomía 2 meses previos a su ingreso. Inicia su padecimiento 3 meses previos con presencia de dolor en hipocondrio derecho tipo cólico sin irradiaciones, aumenta con la ingesta de colecistoquinéticos acompañada de ictericia, náuseas y vómito, Murphy positivo y sin irritación peritoneal. Bilirrubina total, 41 bilirrubina directa, 12 bilirrubina indirecta, 28 fosfatasa alcalina 62 USG dilatación fusiforme de colédoco en tercio medio de 64 x 37 mm con presencia de lito en su interior sin dilatación de la vía biliar intrahepática. TAC imagen quística en colédoco con dimensiones de 54 x 56 mm CPE dilatación de colédoco proximal fusiforme de 5 x 6 cm Qx. Se encuentra quiste de colédoco Todani 1 se realiza resección del mismo y hepaticoyeyunoanastomosis. **Resultados:** Excelente evolución, resultado de patología: libre de malignidad. **Conclusiones:** La excisión del quiste con alguna técnica de derivación es el tratamiento ideal, la marsupialización del quiste se acompaña de mortalidad elevada, otros tratamientos dependen del tipo morfológico del quiste, la esfinteroplastia transduodenal o papilotomía endoscopia se ha utilizado para los coledococoles y trasplante para la enfermedad de Caroli según compromiso hepático.

206 TC-344

ABSCESO HEPÁTICO POR HISTOPLASMA. INFORME DE UN CASO

Gallegos HJ, Rangel CDF, Esmer SD Hospital Central, Dr. Ignacio Morones Prieto, SLP, SLP.

Antecedentes: La histoplasmosis una enfermedad causada por un hongo dismórfico, el *Histoplasma capsulatum*. La infección se adquiere por vía aérea al inhalar esporas infectantes de forma primaria, puede ocurrir infección sistémica e invadir otras estructuras al

entrar al torrente sanguíneo y ocasionar siembra a estructuras distantes. La manifestación clínica depende de la magnitud de inóculo y el estado inmunológico del huésped. Es más frecuente en patología pulmonar, por lo que los reportes en literatura son pocos, y no existen reportes como productor de absceso hepático. **Objetivo:** Informe del caso. **Caso:** Femenina de 62 años, diabética de 1 año de evolución, con dolor abdominal y náuseas de 3 días de evolución, intermitente, cólico localizado en HCD, taquicárdica, polipeica, con datos de irritación peritoneal, disociación tóraco-abdominal. Con TAC que reporta absceso hepático roto a cavidad. 10,100 leucocitos, 2% bandas, 78% neutrófilos. Se somete a laparotomía donde se encuentra material cetrino, no fétido, cantidad de 5,000 ml aprox, hígado con múltiples abscesos, se aseca cavidad, se dejan drenajes y pasa a sala de UTI donde fallece a los 5 días postquirúrgicos. **Conclusiones:** El reporte final de histopatología comprobó la presencia de histoplasmosis, entidad rara en este tipo de eventos.

207 TC-349

MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS LESIONES SÓLIDAS Y QUISTICAS BENIGNAS DEL HÍGADO

Gómez-Gómez E, Mondragón-Sánchez R, Martínez-González MN, Mondragón-Sánchez A, Bernal-Maldonado R, Ruiz-Molina JM Departamento de Cirugía Centro Médico ISSEMyM, Toluca, México, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F.

Introducción: La resección hepática es el tratamiento de elección para las lesiones sólidas benignas de hígado sintomáticas. Para las lesiones quísticas la resección y la fenestración han sido los tratamientos más usados. En los últimos años la cirugía laparoscópica ha cambiado la forma de manejo de estas lesiones. **Objetivos:** Evaluar las indicaciones y los resultados de la cirugía en las lesiones sólidas y quísticas benignas de hígado. **Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los expedientes clínicos de pacientes diagnosticados con lesiones quísticas y sólidas benignas del hígado, operados de mayo de 1995 a junio de 2003. **Resultados:** Sesenta y seis pacientes fueron incluidos para el análisis (59 mujeres y 7 hombres). La edad promedio fue de 48 años (rango 21 a 74 años). 34 pacientes (50%) presentaron lesiones sólidas de los cuales 24 fueron hemangiomas cavernosos; 23 pacientes (35.9%) presentaron quistes no parasitarios de hígado y 9 (14%) tenían enfermedad poliquística del hígado, 56 pacientes (84.3%) presentaron síntomas. Se realizaron 45 resecciones hepáticas (16 resecciones mayores y 23 resecciones menores), a 15 pacientes se les realizó fenestración del quiste por técnica abierta y 10 pacientes fueron tratados con fenestración del quiste por vía laparoscópica, 10 pacientes (15.3%) presentaron complicaciones operatorias. No se registró mortalidad operatoria. **Conclusiones:** La presencia de síntomas es la indicación de tratamiento más común. La fenestración laparoscópica se ha convertido en el tratamiento de primera línea en pacientes con quistes no parasitarios sintomáticos y en pacientes seleccionados con enfermedad poliquística de hígado y con lesiones sólidas benignas. Sin embargo, un gran número de pacientes aún son operados por abordaje abierto en nuestro hospital. Es necesaria una selección cuidadosa de los pacientes para seguir obteniendo buenos resultados en el manejo de éstos.

208 TC-350

QUIMIOTERAPIA INTRA-ARTERIAL EN NEOPLASIAS HEPÁTICAS PRIMARIAS Y METASTÁSICAS NO-RESECABLES. INDICACIONES, VENTAJAS Y DESVENTAJAS

Ochoa-Sánchez P, Mondragón-Sánchez R, Mondragón-Sánchez Alejandro, Hernández-Castillo E, Gómez-Gómez Elvira, Martínez-González MN, Ruiz-Molina JM Departamento de Gastroenterología, del Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F. y Departamento de Cirugía, Centro Médico ISSEMyM, Toluca, Estado de México.

Introducción: El éxito de la quimioterapia intra-arterial (QIA) se fundamenta en la selectividad del riego sanguíneo de los tumores he-

páticos. La QIA lleva y concentra el medicamento antineoplásico exclusivamente en las zonas tumorales, evitando así efectos adversos sistémicos. El 5 fluoroacilo (5 FU) y sus derivados, así como el ácido folínico (AF) son los medicamentos más utilizados, ya que ofrecen alta eficacia y menor toxicidad local. **Objetivos:** Evaluar los resultados a corto y largo plazo de los pacientes tratados con quimioterapia intra-arterial. **Metodología:** Se trata de un estudio diseñado como serie de casos en pacientes a los que se les colocó un catéter intra-arterial y se les dio tratamiento a base de QIA durante el periodo de junio de 1995 a mayo de 2003. **Resultados:** De un total de 24 pacientes once eran mujeres (46%) y 13 hombres (54%). La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 51 años (rango 20-77 años). De las neoplasias hepáticas tratadas, diez se identificaron como hepatocarcinomas (42%), cinco adenocarcinomas colo-rectales (21%), dos adenocarcinomas de vesícula biliar (8%), dos colangiocarcinomas periféricos (8%), uno de cada uno de los siguientes: metástasis hepática de leiomiomas gástrico (4%), metástasis de un tumor neuroendocrino de ileon, un carcinoma adenoescamoso primario, metástasis de carcinoma de páncreas, carcinoma medular de tiroides. La indicación para quimioterapia fue paliación en 15 (62.5%), citorreducción en 7 (29%) y adyuvancia en 2 (8.3%). Se presentaron 2 complicaciones operatorias (8.3%) una infección de herida quirúrgica y un paciente presentó fiebre de origen no determinado por 4 días. No se presentó mortalidad operatoria. Se observaron 6 complicaciones relacionadas al catéter arterial: arteritis química en 3, oclusión en 1, pseudoaneurisma de arteria hepática en 1 y disfunción en 1. Se observó progresión tumoral en 11 pacientes (45%), enfermedad estable en 3 (12.5%), se observó respuesta parcial en 3 (18%), y respuesta total en 4 (16.6%). Los esquemas de QT usados dependieron de la variedad histológica. **Conclusión:** Los efectos adversos asociados a la toxicidad de los medicamentos o a complicaciones quirúrgicas asociadas a la colocación del catéter fueron bajos. En los pacientes seleccionados para paliación no se observó respuesta. Los mejores resultados se observaron en los pacientes seleccionados para citorreducción.

209 TC-351

HEMANGIOMA CAVERNOSO DE HÍGADO. INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA

Martínez-González MN, Mondragón-Sánchez R, Hernández-Castillo E, Mondragón-Sánchez A, Gómez-Gómez E, Oñate-Ocaña LF, Ruiz-Molina JM

Departamento de Cirugía, Centro Médico ISSEMyM, Toluca, México, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F.

Introducción: El hemangioma cavernoso es la lesión focal más frecuente del hígado. Afecta principalmente a la mujer, pudiendo ocasionar síntomas como dolor, masa, insuficiencia cardíaca y coagulopatía. Existen diferentes opciones terapéuticas en pacientes sintomáticos. Sin embargo, la resección parece ser el único tratamiento definitivo. **Objetivos:** Determinar las indicaciones y los resultados de la resección quirúrgica de los pacientes con hemangioma cavernoso de hígado. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes tratados en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y en el Centro Médico ISSEMyM durante un periodo de 8 años. Se analizaron variables de diagnóstico y tratamiento. **Resultados:** De agosto de 1995 a mayo de 2003, 24 pacientes con hemangioma, fueron candidatos a resección. Un hombre (4%) y (23) mujeres conforman el grupo de pacientes. Las indicaciones de cirugía fueron la presencia de síntomas en 20 (83%), duda diagnóstica en 3 (12.5%) y crecimiento acelerado en 1 (4.1%). Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal en 20 pacientes (83.3%), masa en 5 (20.8%) y sensación de plenitud gástrica en 4 (16.6%). Los estudios de imagen que se realizaron con mayor frecuencia fueron la tomografía computada en (22) pacientes (91.6%) y el ultrasonido en 20 (83.3%). El tamaño del tumor varió de 4 a 30 cm (media: 8.7 cm). Se realizaron 15 resecciones formales (65%) y 8 enucleaciones (35%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 192 minutos (rango 60 a 330 min). El tiempo de isquemia caliente varió de 15 a 60

min (X = 31.9 min). La hemorragia operatoria promedio fue de 1,003 ml (rango de 20 a 4,000 ml). Cuatro pacientes presentaron complicaciones operatorias (16.6%) que incluyeron hemorragia postoperatoria en 2 (8.3%), fiebre en 1 (4.1%) y hematoma intraabdominal en 1 (4.1%). No se presentó mortalidad operatoria. Dieciocho pacientes (75%) se encontraron asintomáticos al momento del análisis. **Conclusiones:** Esta lesión afecta con mayor frecuencia a la mujer, la presencia de síntomas es la principal indicación de tratamiento. El tipo de resección se elige en base a la morfología y localización de la lesión. La resección en este grupo de pacientes es segura y controla adecuadamente la sintomatología.

INFECCIONES

210 TC-100

TROMBOSIS MESENTÉRICA EN TOXOPLASMOSIS GENERALIZADA (REPORTE DE CASO)

Farías LOA, Olivares BJJ, Candelas TO, Michel DJ, Balderas PCA, González OA, Luna PVM
IMSS, HE CMNO.

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior se reporta en múltiples patologías: Cirugía por escoliosis, politraumatismo, pancreatitis, trastornos de la alimentación, esclerosis lateral amiotrófica, síndrome antifosfolípidos. **Objetivo:** Presentación de un caso. **Caso clínico:** Paciente masculino de 38 años, antecedentes: DM2 de 10 años de evolución y tabaquismo intenso, con cirugía previa por trombosis mesentérica con resección, desfuncionalización y reinstalación a los 6 meses en su clínica, Cefalea holocraneana 10 días de evolución, con TAC con diagnóstico de probable glioma, negando otros antecedentes. A su ingreso con dolor abdominal de 20 h de evolución, epigástrico, intenso, terebrante con datos de irritación peritoneal, radiografías: tórax con infiltrados pulmonares difusos. Abdomen: Asa centinela en epigastrio, TAC abdominal con edema de páncreas, distensión de asas de delgado. Con respuesta inflamatoria sistémica, con criterios de SIRA. Los hallazgos quirúrgicos: necrosis de 1.70 metros de intestino delgado desde 50 cm del Treitz hasta 20 cm antes de la anastomosis de la cirugía previa (ileotransverso anastomosis), páncreas indurado sin jabones o necrosis. Falleciendo al 3er día de su ingreso. Su necropsia con Diagnóstico de toxoplasmosis generalizada, arteria mesentérica con reducción de la luz por reacción fibrosa y trombosis. La lesión en lóbulo temporal (TAC 14/04/03) correspondía a toxoplasmosis. **Resultados:** Trombosis recurrente de la arteria mesentérica en una paciente con toxoplasmosis generalizada. **Conclusiones:** El toxoplasma en un patógeno oportunista, aunque se ignoran los antecedentes del paciente (no siendo posible su estudio por su evolución explosiva) se puede considerar como posible portador de HIV.

211 TC-104

TRATAMIENTO CONSERVADOR COMPARADO CON MEDICINA HIPERBÁRICA EN SÍNDROME DE FOURNIER

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

Antecedentes: En 1883 Jean Alfred Fournier, describe síndrome de gangrena inexplicable del escroto y pene, actualmente se considera fascitis necrotizante, trombosis de vasos subcutáneos originando gangrena séptica, perianal, perineal y genital, infección primaria del tracto colorrectal o genitourinario, utilizándose tratamientos médico, quirúrgico y actualmente con medicina hiperbárica. **Objetivo del cartel:** Comparar el resultado del tratamiento conservador vs el tratamiento de Cámara Hiperbárica en dos pacientes con S. Fournier. **Caso 1.** Masculino 45 años, obesidad mórbida, hiperglicemia reciente, 5 días de evolución: Inflamación en ingle izquierda y Tx. con antimicrobianos, sin respuesta satisfactoria, fiebre, calofríos y dificultad para la deambulación, desbridándole un absceso inguinal izquierdo a las 72 h de su inicio. Dx S. Fournier realizándole desbri-

dación y lavado quirúrgico, con incisiones transversales en ingle izquierda, escroto y perineales, lavado Qx + antibióticos. Resultados: Se egresa 20 días después con curaciones diarias y cierre secundario de incisiones. Cicatrización completa 4 meses después. Caso 2. Masculino 64 años con DM2, tabaquismo +, H.A., IRC (hemodiálisis). P.A. lo inicia 20 días antes de su ingreso al ser agredido con empalamiento anal, manejado inicialmente en hospital local, c/desbridación y aseo quirúrgico, a ingreso edema testicular área cruenta perianal 2 cm del margen anal, incontinencia anal, esfínter hipotónico, exudado purulento. Tx multidisciplinario, Oxigenoterapia hiperbárica y se programa 15 sesiones a 2.8 atmósfera de 90 minutos x 15 minutos de O₂ al 100%. **Resultados:** 72 h a su ingreso Colostomía temporal, egresa 18 días después y cierre secundario de fasciotomía. Colocoloanastomosis a los 4 meses. Conclusiones: La Cámara Hiperbárica y la Oxigenoterapia favorecen la cicatrización, acelerando la recuperación de nuestros pacientes, aún con enfermedades concomitantes.

212 TC-117

COCCIDIOIDOMICOSIS PERITONEAL

Esmer SD, Alfaro SA, Costero C. Carmona SR
Centro Médico del Potosí.

Antecedentes: La coccidioidomycosis peritoneal es una micosis que se ha encontrado en algunos pacientes con inmunodeficiencias y pacientes en diálisis. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con coccidioidomycosis peritoneal encontrada por hallazgo en una colecistectomía por laparoscopia. **Presentación del caso:** Femenino de 54 años sin antecedentes que ingresa con cuadro agudo de manifestación extrapulmonar de la coccidioidomycosis. El compromiso peritoneal frecuentemente tiene un curso benigno y puede resolver espontáneamente además de que la mayoría son asintomáticos y descubiertos por hallazgo. El mejor manejo no se ha definido, sin embargo la farmacocinética y el espectro de acción del fluconazol sugieren que es un tratamiento efectivo.

213 TC-155

PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA

Macías, Villena TF, Becerra GJ, Martínez R, Paredes H
Hospital Regional "Dr. Rafael Pascasio Gamboa".

Femenina 40 años, cuadro 3 meses evolución fiebre, escalofríos, ataque al estado general, vómitos 10 en 24 h, disuria, urgencia, tenesmo vesical, dolor tipo ardoroso en marco cólico, irradiado a región lumbar derecha, automedicándose con ASA, persistiendo sintomatología por 3 meses. Tres días previos al ingreso se exacerba cuadro presentando diaforesis, fiebre, escalofríos, vómitos 18 en 24 h, evacuaciones diarreas 12 en 24 h, polidipsia, aumenta dolor en flanco derecho irradiado a pierna y región lumbar derecha, pérdida de peso 20 kg. Normocéfalo, mucosas deshidratadas, abdomen blando, depresible, doloroso a palpación profunda en FID, neoformación flanco derecho, bordes regulares 15 x 8 cm no fija tejidos profundos, Giordano positivo, peristalsis aumentada, llenado capilar retardado. Laboratorios: BH 26 mil leucocitos, HB 9.9 QS 524 mg/dl, urocultivo: *Klebsiella* USG Riñón derecho microabscesos Rx abdomen; nivel encapsulado área renal derecha. TAC: Pielonefritis enfisematosa se somete a tratamiento quirúrgico con drenaje, nefrectomía derecha, hallazgos riñón macerado, 100 cc material purulento, evolucionando satisfactoriamente en postoperatorio.

214 TC-174

MANEJO DE LA PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA: REPORTE DE UN CASO

Maldonado AB, Espinosa GX, Cervantes MPJ, Moreno RJC

Departamento de Cirugía y Urología, Hospital general de Zona No. 30 Instituto Mexicano del Seguro Social México D.F.

Objetivo: Descripción de un caso de pielonefritis enfisematosa. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 51 años diabética de largo tiempo de evolución, ingresa al servicio de urgencias con cuadro de 24 horas de evolución con dolor abdominal en flanco y fosa ilíaca derecha con irradiación a dorso, náusea, vómito, polaquiuria, poli-dipsia, fiebre y mal estado general, a la exploración física deshidratación importante, palidez de tegumentos, febril y polipneica, dolor en flanco y fosa ilíaca derecha y en puntos ureterales y Giordano derecho pero sin datos de irritación peritoneal, la peristalsis normal. Los laboratorios reportaron: Hb 12 g, Hto 36, leucocitos 14,000, Plaquetas 250,000. QS: Glu 427, Urea 47, Cr 1.3. EGO: pH 5, Glu ++, Hb ++, 5-6 leucocitos por campo, eritrocitos abundantes. En la radiografía de abdomen se observó presencia de imágenes sugestivas de gas en sistemas colectores y tercio superior de uréter derecho, el ultrasonido corroboró la presencia de gas en interior de riñón derecho así como ectasia pielocalicial. Es iniciado tratamiento antibiótico y compensación del cuadro metabólico y rehidratación de la paciente, sin embargo cursando hacia el deterioro progresivo con presencia de choque séptico y datos de coagulopatía intravascular diseminada, por lo que es sometida mediante lumbotomía derecha a nefrectomía, cursando estancia posterior en terapia intensiva. **Conclusiones:** La pielonefritis enfisematosa es frecuente observarla en pacientes diabéticos con una mortalidad del 50% si no se realiza nefrectomía temprana, dando una supervivencia de más del 70% al realizar este tratamiento oportunamente, las radiografías simples y ultrasonido siguen siendo los estudios de elección por su bajo costo y certeza diagnóstica.

215 TC-224

TERAPIA HÚMEDA EN EL MANEJO DE FASCITIS NECROTIZANTE

Zarandona LJ, Contreras GA, Medrano GA, Méndez OC, Cerda CL, Guzmán R, Zertuche H, Torres MJ, Medrano A
Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco.

Se trata de paciente femenino de 53 años de edad, antecedente de Diabetes Mellitus 2 de 10 años de evolución con tratamiento a base de insulina subcutánea por descontrol metabólico. Inició su padecimiento 5 días previos a su ingreso el día 31-12-02 presentando dolor abdominal en hipogastrio lugar de aplicación de la insulina. De tipo urente, intenso acompañado de aumento de volumen y temperatura local así como hiperalgesia en dicha zona, por lo que acude a consulta. A su ingreso clínicamente con datos de absceso de pared abdominal en hipogastrio, con zona central de necrosis y área de celulitis perilesional de 10 x 15 cm aproximadamente. 31 dic 02 Al ingreso con tratamiento a base de Cefotaxima 1gr IV c/8h + Metronidazol 500 mg IV c/8 h. Se inició manejo con curaciones convencionales y aposito de gasa. 15 enero 03 hasta el momento con evolución tórpida. Se realiza desbridamiento de tejido necrotico. Quedando área cruenta de pared abdominal anterior y posterior en forma de cinturón. El reporte de cultivo de secreción de herida: Staph. coagulasa (+) y *Pseudomonas ssp.* Se inicia manejo con curaciones diarias a base de colocación de alginato de calcio en la herida e hidrogel, además de cubierta de poliuretano. 10 feb 03 Herida con tejido de granulación, limpia ya sin secreción, cultivo de herida negativo. Se inicia manejo con aposito hidrocoloide, sin antibiótico, se programa para la colocación de autoinjertos cutáneos. 20 mar 03 Se colocan autoinjertos cutáneos de espesor parcial. 02 abr 03 Se decide su egreso para manejo por consulta externa. 30-05-03 Sin datos de infección. 90% de aceptación de injertos cutáneos.

216 TC-233

AMEBOMAS MÚLTIPLES

Nájera GN, Cajica LA, Contreras E, Céspedes E, Estrada A, Alonso AV, Cornejo G
Hospital Especialidades Bernardo Sepúlveda Siglo XXI México D.F.

Objetivo: Análisis y presentación de un caso de amebomas múltiples y su manejo anecdótico. **Material y métodos:** Masculino de 68 años, originario y residente del DF. refiere que desde hace varios años ha presentado cuadros de diarrea alternados con constipación, así como de dolor abdominal tipo cólico. Su padecimiento actual lo inicia 1 mes previo a su admisión en el servicio de urgencias con fiebre no cuantificada predominio vespertino, dolor abdominal tipo cólico localizado en flanco y fosa ilíaca izquierda, con evacuaciones semilíquidas, a su ingreso a la sala de urgencias el paciente presenta dolor abdominal intenso y difuso, al examen físico con signos vitales de 38C, TA 120/80, Fc 90x', Fr 22x', abdomen con resistencia muscular involuntaria, peristalsis abolida, rebote positivo en cuadrante inferior izquierdo, no se palpan visceromegalias, resto de la exploración sin alteraciones. Exámenes de laboratorio: Hb 12, Hto 38, Leucocitos 24,400, bandas 0, Glucosa 454 mg-dl, creatinina 1.4, amilasa 13 U/L, Electrolitos normales, reacciones febriles normales. Simple de abdomen únicamente con asas de intestino delgado dilatadas en cuadrante inferior y superior izquierdo. Se le diagnosticó como abdomen agudo y se pasa a quirófano para laparotomía exploradora en la cual se encuentran cinco tumores en colon (dos en Colon transverso, 1 en ángulo esplénico, y dos en sigmoides), se decide realizar hemicolectomía izquierda y colostomía terminal, enviándose pieza quirúrgica a estudio histopatológico, con Diagnóstico histopatológico de Amebomas, colitis amibiana, epiplitis crónica. Por lo que se decide dar tratamiento con metronidazol. Con adecuada resolución. **Conclusiones:** Presentación de un caso de amebomas múltiples y el manejo de elección.

217 TC-262

SEPSIS ABDOMINAL Y SARCOMA DEL ESTROMA INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Montaño TE, Andrade PD, Estrada MI, González ML, Robles AJ, Arroyo LD, Palacios RJ, Herrera EJ
Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Resumen: Los sarcomas gastrointestinales son tumores raros dentro del grupo de las neoplasias parenquimatosas intestinales. Se presentará un caso de sepsis abdominal secundaria a esta neoplasia. Se trata de paciente femenino de 33 años con antecedente de conización cervical por displasia asociada a VPH y constipación crónica. Inició su padecimiento 18 días previos a su internamiento con dolor tipo urente en epigastrio sin irradiaciones, progresivo, acompañado de hematoquezia y pérdida de 10 kg en 2 meses. Acudió con médico quien le solicitó estudios, entre ellos colonoscopia. En esta última encontró tumor pediculado a 120 cm del margen anal, al cual se le tomó biopsia con reporte histopatológico de Tumor del estroma intestinal. Con este resultado la paciente decidió acudir a esta unidad. A su ingreso se encontraba en mal estado general, deshidratada, caquética, con dolor a la palpación en abdomen en forma difusa, sin datos de irritación peritoneal. Leucocitosis 12,500, 41% de bandas, Hb 5.2. Se dio manejo inicial, con tratamiento para el desequilibrio ácido base y transfusión sanguínea. Al día siguiente presentó deterioro súbito del estado de alerta secundario a la sepsis, por lo que se realizó laparotomía de urgencia. Se encontró tumor en ciego ulcerado con sepsis abdominal. Se realizó hemicolectomía derecha con ileostomía y fístula mucosa. La paciente fue manejada en UTI 48 horas con mejoría. La paciente continuó manejo antibiótico en piso de cirugía por 7 días y es egresada en mejores condiciones, tolerando la vía oral y sin SIRS. El reporte histopatológico e inmunohistoquímico es de Sarcoma intestinal.

218 TC-294

MICETOMA INTRAABDOMINAL: REPORTE DE UN CASO

Ángeles SJ, Hernández GR, Bernal EJ, Azpeitia JL, Saldaña CJ, Villalvazo NJ
Hospital General de Occidente, SSJ, Zapopan; Jal.

Antecedentes: El micetoma es un pseudotumor crónico y granulomatoso, con formación de abscesos, cavidades purulentas y fístu-

las. Producido por hongos (micetomas micóticos) o por actinomicetos (micetomas actinomicóticos). La afección intraabdominal es rara, predomina en hombres jóvenes, desnutridos de zonas rurales tropicales. El actinomyces israelí es en humanos el implicado con más frecuencia y las infecciones concurren con afección bacteriana entérica. El diagnóstico es por cultivo y por histopatología (gránulos de sulfuro). El diagnóstico diferencial con cáncer. El tratamiento es médico-antibiótico y en algunos casos quirúrgico. El pronóstico es favorable. **Objetivo:** Presentar caso de micetoma intraabdominal. **Informe del caso:** Masculino 32 años, cuadro de 1 mes de evolución: Irritación peritoneal, fiebre, náusea, vómito, disminución ponderal, cambios en hábitos defecatorios, masa en hemiabdomen izquierdo. Multitrato. Colonoscopia: compresión extrínseca a 30 cm del ano. TAC: masa hemiabdomen izquierdo. Laparotomía: Masa desde hipocondrio hasta fosa ilíaca izquierdos, adherida a colon, psoas y músculo transverso, se realiza resección en bloque y anastomosis. Completó tratamiento antibiótico. Actualmente sin evidencia de recidiva. **Conclusión:** La infección intraabdominal por actinomicetos es rara. Puede presentarse sólo como una masa con reacción inflamatoria local o sistémica. El tratamiento quirúrgico en estos casos generalmente es necesario y con buen pronóstico. Habrá que tener en cuenta este diagnóstico diferencial en el estudio de masa tumoral en pacientes jóvenes con factores de riesgo.

219 TC-297

ESTUDIO PROSPECTIVO, ALEATORIO Y COMPARATIVO DEL USO DE YODOFOROS PARA LA PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN SUPERFICIAL DE LAS HERIDAS QUIRÚRGICAS CONTAMINADAS Y SUCIAS

García-Núñez LM, Magaña-Sánchez I, Ortega Gutiérrez C, Gállego-Guatemala MA, Rendón-Dosal H, Rosales-Montes Eduardo
Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

Introducción: La infección superficial de las heridas contaminadas/sucias es una complicación común. La tasa de Infección de la herida quirúrgica en la apendicectomía es hasta de 59% en la apendicitis complicada. Los Yodoforos actúan por oxidación y desnaturación de las proteínas y tienen una acción germicida. Poseen acciones corrosivas y alergizantes. El uso de yodoforos aplicados por irrigación en la herida quirúrgica puede disminuir la frecuencia de infección de heridas contaminadas/sucias en pacientes sometidos a apendicectomía por apendicitis aguda complicada. **Material y métodos:** Se estudiaron 98 pacientes sometidos a laparotomía exploradora por apendicitis aguda clase B-D de Moore. Se formaron dos grupos: Grupo A) pacientes a los cuales se les irrigó la herida quirúrgica con solución 10:1 de Yodopovidona 1.1% y solución salina isotónica (SSI) y grupo B) pacientes en quienes se irrigó la herida con SSI. El manejo perioperatorio fue el mismo para ambos grupos. Por medio de t de Student, se estudió la distribución de sexo, edad, evolución, intervalo, ingreso: cirugía y frecuencia de infección de la herida quirúrgica. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. **Resultados:** No hay diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de infección superficial de la herida quirúrgica entre ambos grupos [grupo A (6.2%), grupo B (16%)], a favor del uso de yodoforos para disminuir la frecuencia de la infección. **Discusión:** Debido a que los yodoforos poseen efectos lesivos sobre los tejidos y no disminuyen la frecuencia de infección superficial de las heridas quirúrgicas contaminadas/sucias, no recomendamos el uso rutinario de la intervención.

220 TC-335

ABSCESO AMEBIANO DEL PSOAS

Macías MF, González VR, Vázquez RR, Medel GG, Díaz DA
Hospital Regional Pemex, Salamanca.

Antecedentes: El absceso del Psoas es raro, pero grave y su diagnóstico es difícil. En los primarios no se detecta foco de infección y es secundaria a diseminación hematogéna más frecuente por *Staphylococcus aureus*, los secundarios pueden ser por osteomielitis verte-

bral, trauma lumbar, pielonefritis más frecuente por *E. coli*, salmonella, candida. El 57% son derechos, el 40% izquierdos, 3% bilaterales. Más común en inmunodeprimidos, diabéticos, drogadictos, HIV+. Curan con fiebre, escalofríos, dolor en flanco y región paravertebral. Diagnóstico de imagen con ultrasonido, radiografía simple de abdomen, TAC. El tratamiento es quirúrgico abierto o punción y antibiótico-terapia. Objetivo del estudio: Reportar un caso de absceso amebiano del psoas. **Informe del caso:** Masculino de 46 años de edad soltero con tabaquismo, alcoholismo, adicto a la cocaína desde hace 12 años, trauma lumbar y paraplejía. Cuadro de 10 días. Con hipotensión, fiebre, escalofríos, malestar general sin dolor. Ingres a UTI por choque séptico y descontrol metabólico, se realiza TAC abdominal que reporta aumento de volumen del Psoas izquierdo y cambios de densidad haciendo diagnóstico de absceso del Psoas. Se trata con debridación quirúrgica, drenajes y biopsia. El examen histopatológico reporta Necrosis Colicuativa, se diagnostica como Absceso Amebiano del Psoas izquierdo se agrega metronidazol a su manejo antimicrobiano. **Conclusión:** Los abscesos Amebianos del Psoas raros. No se reporta en la literatura algún caso similar.

INTESTINO

221 TC-005

INTUSUSCEPCIÓN ILEOTRANSVERSA SECUNDARIA A MUCOCELE APENDICULAR

Medina V, Reyes G, Ramos E, Guevara J, Torres R
Hospital Central del Estado de Chihuahua.

Antecedentes: La dilatación quística del apéndice cecal por obstrucción de su luz que contiene material mucoso y que es originado por diversas causas se conoce como mucoccele apendicular. Rokitsansky en 1840 describió el primer caso de mucoccele, Whert en 1844 describe un caso de pseudoquistes peritoneal, Fraenkel, en 1901 describe la asociación entre pseudoquiste peritoneal y mucoccele apendicular perforado. **Material y métodos:** Femenina de 78 años con abdomen agudo secundario a obstrucción intestinal, datos de respuesta inflamatoria aguda y deshidratación moderada a severa. Se realiza laparotomía exploradora. **Resultados:** La laparotomía exploradora revela intususcepción iliointestinal secundaria a mucoccele apendicular y degeneración mucinosa de apéndice cecal, se realiza resección de mucoccele y apéndice cecal y se fija colon con cecostomía con sonda. Manejo posterior con apoyo en UCI, alta sin complicaciones. **Resultado histopatológico:** Cistadenoma mucinoso de apéndice cecal. **Discusión:** El mucoccele apendicular es una entidad patológica poco frecuente y aún es más infrecuente asociada a intususcepción, patología que es más frecuente en población infantil. Los casos reportados de mucoccele apendicular son hallazgos principalmente postquirúrgicos patológicos, y las complicaciones asociadas a mucoccele apendicular son principalmente secundarias a la ruptura de la lesión hacia el peritoneo y en ningún caso se cuenta como causa frecuente de intususcepción ileocecal.

222 TC-012

QUISTE DE MESENTERIO SIMPLE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Villanueva HJA, Marquina RM, Montes GJA, Elizondo JL, Galicia VG, Ibarra VR, Miranda FP, Girón MJ, Girón VJ
Médicos residentes de Cirugía General, Médicos adscritos al Servicio de Cirugía General, Médico pasante de Servicio Social. Hospital Juárez de México.

Introducción: Los quistes simples de mesenterio son raros, habitualmente benignos, con síntomas escasos o inexistentes, su diagnóstico imagenológico es con ultrasonido y tomografía. **Caso clínico:** Paciente femenino de 37 años con dolor abdominal opresivo, de moderada intensidad, cólico, sin irradiaciones, con náusea y vómito, de año y medio de evolución, con tumoración en hipocondrio izquierdo, fija, dolorosa, de 10 X 6 cm. TAC: lesión hipodensa con pared

delgada. Laparotomía exploradora: tumoración en corredera parietocólica izquierda de 20 cm de diámetro adherida a sigmoideas, continuada hacia retroperitoneo, sin pedículo. Reporte definitivo: quiste simple mesentérico. **Comentario:** Los quistes mesentéricos deben tomarse en cuenta como causa de dolor abdominal crónico. En estos enfermos debe efectuarse preparación de colon ya que el quiste de mesenterio suele estar fuertemente adherido al mismo, teniendo que extirpar una parte del intestino grueso y efectuarse entero-entero anastomosis. Con este procedimiento se disminuye el riesgo de oclusiones intestinales posteriores.

223 TC-016

OBSTRUCCIÓN DUODENAL SECUNDARIA A PANCREATITIS NECRÓTICA ESTÉRIL; REPORTE DE UN CASO

Espinoza HJD, Zavala RG, Luna PV, Bojórquez RJC, Arenas QR, De la Cruz LMA

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

Antecedentes: El término pancreatitis aguda abarca un espectro amplio de hallazgos clínicos y patológicos, que puede tener presentaciones atípicas. La pancreatitis aguda severa se presenta por lo común, como resultado de necrosis de la glándula pancreática. **Objetivo:** Presentación de caso clínico, de comportamiento médico poco usual. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 80 años de edad, con antecedentes de cardiopatía isquémica y enfermedad acidopéptica. Sometido quirúrgicamente a colecistectomía convencional por colecistitis litiasica aguda. Su evolución es tórpida, al presentar eventración parcial de la herida y el desarrollo de fístula biliar de bajo gasto a los 5 días. Se suman vómitos postprandiales tardíos. Una CPRE para valorar el estado de la vía biliar no es posible efectuar por compresión extrínseca de bulbo duodenal. SEGDM muestra no paso a duodeno. TAC abdominal evidencia gran colección abdominal. Se decide su intervención quirúrgica por probable bilioperitoneo. Durante su estancia nunca desarrolló datos de respuesta inflamatoria sistémica, ni alteraciones bioquímicas. Resultados: Ausencia en cavidad peritoneal de colecciones, dehiscencia del muñón del cístico con trayecto fistuloso bien establecido. Edema de cabeza pancreática, con gran colección de líquido claro no fétido con abundantes detritus celulares, en el retroperitoneo. Necrosis de cuerpo y cola del páncreas. Con Gram y cultivos negativos. **Discusión:** Si el cultivo de la necrosis pancreática, obtenida por punción, no demuestra infección; el manejo conservador y la vigilancia estrecha es la pauta de manejo actual. Sin embargo, existen indicaciones quirúrgicas precisas, como es la obstrucción del tracto digestivo secundaria al proceso mórbido pancreático.

224 TC-018

TUMOR DESMOPLÁSICO DE CÉLULAS REDONDAS COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO. REPORTE DE UN CASO

Pazarán MC, Laufer DB, Ortiz GJ, Gómez CL

Hospital General de Zona No. 58 General Manuel Ávila Camacho. IMSS.

Objetivo: Reporte de un caso. **Antecedentes:** Tumor desmoplásico de células redondas, patología sumamente rara, de alta malignidad, con pobre respuesta a quimioterapia que afecta a niños y jóvenes varones. **Informe del caso:** Masculino 22 años, inicia su PA. 8 días antes de la cirugía, con dolor cólico epigástrico, irradiado a hipocondrio derecho, acompañado de náuseas, manejado con Lansoprazol, ciprofloxacino y metoclopramida, presentando leve mejoría. 24 h. antes de su cirugía, presenta dolor epigástrico tipo cólico, intenso, súbito, irradiado a hipocondrio y flanco derecho, que posteriormente se generalizó, acompañándose de náuseas, vómito, distensión abdominal, fiebre, se realiza USG abdominal reportándose normal. Llegando al hospital, presenta abdomen agudo, Rx. muestra asa intestinal fija en epigastrio, niveles hidroaéreos. Laboratoriales reportan Hb.13.22, Hto.39, Leucocitos 16,200 con 85% de segmentados, sin bandemia, plaquetas 268,000, TP 19".56%, TPT.33", Glucosa 89 mg/

dl, AST 18, ALT 122, Amilasa 76, Na 140, K 3.74, Cl.111. Exploración quirúrgica muestra tumoración de mesenterio de 12 cm, involucrando asa intestinal de íleon a 100 cm de válvula ileocecal, adherida a colon ascendente y transversal, rodeada por epiplón, con implantes de hasta 3 cm, a peritoneo, mesenterio y epiplón. Efectuándose resección de tumor e implantes, omentectomía, entero-entero anastomosis, evolucionando satisfactoriamente. Reporte histopatológico: Tumor desmoplásico peritoneal de células pequeñas redondas. **Resultado:** A 2 meses de operado evoluciona satisfactoriamente, reporte de TAC sin aparente actividad tumoral, con una sesión de quimioterapia aparentes buenos resultados. **Conclusiones:** Debe tomarse en cuenta esta patología como causa de abdomen agudo y decesos en niños y jóvenes varones.

225 TC-027

DIVERTICULOSIS YEYUNAL, REPORTE DE 1 CASO

Reyes MGB, Medina OV, Torres AR, Guevara JA
Hospital Central Universitario de Chihuahua.

Antecedentes: La incidencia de los divertículos yeyunales es de 0.3-1.3%, las complicaciones más frecuentes es la hemorragia de tubo digestivo alto, perforación aguda y obstrucción intestinal, las causas probables son dieta baja en fibra, edad avanzada esclerosis múltiple y miopatía visceral. **Objetivo:** Reporte de un caso. **Material y métodos:** Se realiza en Hospital Central Universitario de Chihuahua, se trata de paciente femenino de 73 años de edad con cuadro de 3 días de evolución con dolor abdominal de inicio insidioso, punzante, localizado en hemiabdomen izquierdo que se generaliza y se irradia a miembro pélvico izquierdo acompañado de náuseas y vómito gastrobiliar y distensión abdominal, a la exploración física se encuentra abdomen distendido a expensas de gas intestinal, dolor a la palpación, hiperestesia e hiperbaralgesia, rebote + (abdomen agudo) y presencia de plastrón palpable en flanco izquierdo, las radiografías de abdomen muestran dilatación de asas de intestino delgado y asa centinela en fosa ilíaca izquierda. **Resultado:** Se realiza laparotomía exploradora encontrando perforación de yeyuno a 60 cm de ángulo de Treitz, se realiza resección de 12 cm de yeyuno y anastomosis término-terminal y lavado quirúrgico de la cavidad. El resultado del reporte patológico muestra enfermedad diverticular en borde mesentérico con perforación y formación de absceso. **Discusión:** La enfermedad diverticular de yeyuno es una entidad poco frecuente, corresponde al 0.3 al 1.3% de la totalidad de divertículos de tubo digestivo, siendo siempre de un diagnóstico difícil tanto por su baja incidencia como por la baja especificidad de los métodos diagnósticos auxiliares, por esto siempre se realizará el diagnóstico como hallazgo quirúrgico.

226 TC-029

LEIOMIOMA PARÁSITO DEL INTESTINO DELGADO. REPORTE DE UN CASO

Urióstegui NJA, Toro IM, Figueroa AS, Solares SHN, Maza SR, Cortes PLCK
ISSSTE Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos".

Antecedentes: Los tumores mesenquimales se originan en las células del músculo liso del tubo digestivo; son más comunes en el estómago y sólo el 3% ocurren en el colon. **Reporte del caso:** Femenina de 52 años que acude al servicio de urgencias, con dolor abdominal de 36 horas de evolución cólico, sin referir otra sintomatología agregada. Pálida, diaforética, abdomen con distensión, peristalsis disminuida de intensidad, con irritación peritoneal, tacto vaginal con dolor a la movilización de anexos delimitando masa de 15 cm aproximadamente de diámetro. Laboratorios: leu: 12.5, Hgb: 11.9 mg/dl. Ultrasonido: Masa dependiente de anexo izquierdo, probable mixoma. **Evolución:** Con abdomen agudo se realiza Laparotomía: Tumor dependiente de intestino delgado de 20 x 10 cm aproximadamente a 1.20 m de la válvula ileocecal, con pedículo en borde antimesentérico observando múltiples implantes en mesenterio del ángulo hepático y esplénico del colon así como en útero, se realiza

resección intestinal. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria egresando al 6to día para seguimiento en la Consulta externa. Reporte histopatológico: Leiomioma Parásito con patrón histológico de neurilemoma con actividad mitótica de 5-10 mitosis por campo seco fuerte. **Discusión:** Existen escasos reportes de leiomiomas intestinales (intestino delgado) y son extremadamente raros los leiomiomas con doble componente como el reportado. **Conclusión:** Los criterios diagnósticos y factores pronósticos respecto a las neoplasias mesenquimales del tracto gastrointestinal son controversiales, la sobriedad es pobre debido a que los implantes en mesenterio excluyen el tratamiento adyuvante.

227 TC-031

MIOFIBROMATOSIS INFANTIL INTESTINAL ÚNICA. REPORTE DE UN CASO

Landa R, Guzmán S, Menéndez AR, Valdez MD, Cano VAM, Muñoz CY
División de Cirugía Pediátrica y Anatomía Patológica, Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

La miofibromatosis es un desorden raro de la infancia caracterizado por formación de tumores en piel, músculo, vísceras, hueso y tejido subcutáneo. Hay dos formas: como lesión solitaria, y como lesiones múltiples. Existen publicados 170 casos de los cuales 80 son tumores únicos, y de éstos sólo tres casos afectan tubo digestivo. **Objetivo:** Presentar un caso de miofibroma infantil único en tracto gastrointestinal. **Caso clínico:** Femenino, 7 años, con dolor abdominal de 5 días de inicio, con migración a fosa ilíaca derecha y finalmente generalizado, vómito y fiebre. Exploración física con datos clínicos de irritación peritoneal. La cirugía reveló peripendicitis y tumoración de intestino delgado. Se realizó apendicectomía y resección del tumor. Por histopatología se diagnosticó como miofibroma infantil corroborado por inmunohistoquímica. **Discusión:** Es una enfermedad proliferativa poco común, de presentación en la infancia. Enzinger en 1965 describió la forma solitaria afectando más frecuentemente piel, músculo y tejido subcutáneo. La presentación clínica de los casos con compromiso gastrointestinal se acompaña de oclusión, diarrea, o perforación. En nuestra paciente la presentación clínica fue de abdomen agudo, con sospecha de apendicitis aguda, diagnosticándose miofibroma como hallazgo transoperatorio. Esto concuerda con lo reportado en la literatura mundial sobre la dificultad de realizar el diagnóstico preoperatorio, especialmente por la rareza en su presentación y por lo poco específico del cuadro clínico. **Conclusiones:** Se presenta el cuarto caso de miofibroma infantil solitario en tubo digestivo. El diagnóstico de esta enfermedad es sumamente difícil por su pobre sospecha, y generalmente es un hallazgo transoperatorio.

228 TC-039

ALTERNATIVA NO QUIRÚRGICA EN EL MANEJO DE LAS FÍSTULAS INTESTINALES EN PACIENTES CON ABDOMEN ABIERTO

Arenas QR, Haro FJ, Ochoa AM, Casillas CLE, Talleri DAG
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: El manejo abierto de la cavidad peritoneal es una técnica eficaz para controlar la sepsis intraabdominal. Una gran parte de estos pacientes desarrollan fístulas intestinales para las cuales hay pocas opciones de tratamiento. La dificultad en el manejo de estos casos está en que se presentan recurrentes focos de infección asociados a destrucción de tejidos y el empeoramiento de la sepsis, requiriendo relaparotomías, que los puede condicionar a un síndrome de intestino corto y, por otro lado, el reto que representa proteger la piel circundante fuera del contacto del líquido drenado. **Objetivo del estudio:** Proponer un manejo conservador a las fístulas intestinales desarrolladas en pacientes con abdomen abierto, que involucra un sistema cerrado con succión continua controlada. Informe del caso: Reportamos el uso de esta técnica en un paciente joven operado en múltiples ocasiones por dehiscencia de anastomosis, que desarrolló una fístula intestinal alta secundaria al manejo con abdomen abierto. **Resultados:** El sistema cerrado con succión continua controlada demostró ser efectivo en el control del líquido que drena la fístula y en la

reepitelización de la piel que rodea la herida quirúrgica. El cierre de la fístula se manifestó con la disminución gradual de su gasto. **Conclusiones:** Esta técnica es una opción útil en el tratamiento de las fístulas intestinales desarrolladas en pacientes manejados con abdomen abierto ya que controla el líquido que drena, promueve la cicatrización de la piel macerada así como el cierre de la fístula.

229 TC-040

SISTEMA DE SUCCIÓN CONTINUA CONTROLADA EN EL MANEJO DE FÍSTULA DUODENAL

Arenas QR, Haro FJ, Casillas CLE, Talleri DAG, Ochoa AM
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: El manejo de las fístulas duodenales continúa siendo un reto. La alta morbilidad y mortalidad que representan se asocia a la exposición del tejido circundante a altos volúmenes de secreciones ricas en enzimas, provocando destrucción de tejidos, sepsis intraabdominal, y desnutrición. Objetivo del estudio: Reportar el caso de una paciente con fístula duodenal manejada con un sistema de succión continua controlada posterior al manejo quirúrgico. **Informe del caso:** Femenino de 50 años de edad a quien se realiza una colecistectomía con cierre primario de perforación duodenal por incidental, evolución tórpida por sepsis abdominal, se reinterviene colocando duodenostomía retrógrada y cierre primario de la perforación, persistiendo la fuga duodenal por lo que se interviene nuevamente realizando exclusión duodenal sin anastomosis, lo que permitió un mejor control del gasto de la fístula duodenal que se manejó conservadoramente con un sistema cerrado de succión continua controlada y nutrición parenteral. **Resultados:** El gasto de la fístula duodenal posterior a la exclusión se mantuvo controlado con el sistema de succión continua lo que permitió erradicar la sepsis intraabdominal y sistémica, así como recuperar el estado nutricional de la paciente. La fístula cerró espontáneamente permitiendo reintervenir a la paciente para restablecer la continuidad del tubo digestivo. **Conclusiones:** Las fístulas duodenales presentan gastos con altos volúmenes que pueden ser manejadas conservadoramente. La nutrición total parenteral reduce la mortalidad y morbilidad en esta patología que, aunado a un sistema de succión continuo que controle el proceso que origina la sepsis, permite el cierre espontáneo de la fístula.

230 TC-065

PNEUMATOSIS INTESTINAL (REPORTE DE UN CASO)

Lozoya EP, Benavides OJ, Miranda F
Hospital Clínica del Parque, Chihuahua, Chih.

Px Femenina de 64 años que ingresa al hospital con datos de distensión abdominal, dolor abdominal, hipertimpanismo sin datos de irritación peritoneal y ausencia de ruidos peripatéticos. En Rx tórax y simple de abdomen se observa aire libre subdiafragmático y asas intestinales distendidas dando patrón de perforación de víscera hueca así como datos de obstrucción intestinal. Laboratorio con leucocitosis moderada y anemia moderada, resto normal. Se somete a laparotomía exploradora y se encuentra una Pneumatosis intestinal quística (Delgado) casi total y torción de algunas asas de yeyuno, no había perforación ni compromiso vascular de las asas, se cierra y se le da tratamiento conservador. Se reporta caso por ser raro. La paciente ha presentado 2 cuadros más de obstrucción intestinal por lo que ha tenido que ser reintervenida.

231 TC-077

PERFORACIÓN DE ASA YEYUNAL SECUNDARIA A LIPOSUCCIÓN DE ABDOMEN, REPORTE DE CASO

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

Antecedentes: La perforación intestinal secundaria a procedimientos quirúrgicos estéticos como la liposucción de abdomen, es una

situación rara. Actualmente representa menos del 0.5% de las complicaciones descritas en este procedimiento, en parte por las características de las cánulas utilizadas, mas debido a la naturaleza ciega del procedimiento existe riesgo de dirigir la cánula dentro de planos tisulares indeseados, resultando en la penetración de la cavidad peritoneal con o sin lesión visceral. **Presentación de caso:** Mujer de 46 años, obesa, historia de lipectomía hace diez años y de liposucción abdominal con técnica tumescente tres días antes de su ingreso, el dolor abdominal de dos días de evolución había sido considerado como secundario a la aspiración grasa y multitratado con analgésicos. Ingresó a urgencias con datos francos de abdomen agudo y aspecto séptico. La radiografía de tórax mostró gas libre subdiafragmático y la simple de abdomen edema interasa y niveles hidroaéreos. Es sometida a laparotomía exploradora encontrando abundante líquido libre gastrobiliar y perforación simple de asa yeyunal en borde antimesentérico, realizando cierre primario y lavado de cavidad, con una adecuada evolución postoperatoria. **Discusión:** Factores de alto riesgo para perforación intestinal en este tipo de eventos son: obesidad, hernias de pared abdominal y cirugía abdominal previa, debido a la formación de adherencias y cambios en las características de la fascia del abdomen; nunca olvidando que el interrogatorio y examen físico completo alertarán al cirujano sobre el riesgo de perforación.

232 TC-088

FITOBEZOAR DUODENAL COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTES-TINAL ALTA. REPORTE DE UN CASO

Vivas MJL, Girón MJ, Girón VJ, Miranda FP, Chávez GMA, Montes GJA, Palomo MJMV
Servicio Cirugía General. Hospital Juárez de México, SSA.

Femenina 62 a, APP: DM-2. Inicia su padecimiento presentando vómitos postprandiales, regurgitaciones, disfagia progresiva y dolor tipo cólico intenso con irradiaciones al marco cólico derecho, aumenta con alimentos y disminuye con antiespasmódicos, agudiza cuadro 20 días previos a su ingreso con intolerancia vía oral, desequilibrio hidroelectrolítico, descontrol metabólico, sin evacuaciones ni canalización de gases, pérdida peso 20 kg en 3 meses, acudiendo a este Hospital. Se encuentra: TA:90/60, FC: 90x', FR: 22x', TA: 90/60 mmHg, Temp: 36°C, Peso: 65 kg. Campos pulmonares sin dificultad respiratoria, precordio sin falla, no adenomegalias supraclaviculares ni axilares, abdomen adiposo, peristalsis aumentada, no irritación peritoneal, doloroso con palpación profunda, masa en flanco derecho, dura, firme y fija planos profundos de aproximadamente 8 x 5 cm, tacto vaginal, cervix y fondos de saco sin alteraciones, tacto rectal con esfínter normotónico, no masas, ampulla vacía. Endoscopia: Esofagitis grado III, Hernia hiatal desluzamiento, pangastritis crónica. Cuerpo extraño 2ª porción duodeno con obstrucción 90%. TAC: Dilatación gástrica y tumoración duodenal. USG: Obstrucción intestinal, defecto de llenado de duodeno/yeyuno proximal. Laboratoriales; Hb: 11.9, Hto: 34.4, Leucos: 9.27, Plats: 353,000, BD: 0.5, BI: 0.19, CI: 100.1, K: 3.97, Na: 140, Urea: 22.1, Glucosa: 94, Cr: 0.95, DHL:354, FA:72, TGO:17, TGP:8, TPT: 25.7. Evolución: Persiste pirosis, regurgitación y vómito, dolor cólico intenso en mesogastrio. NPT durante 30 días y en condiciones adecuadas se somete a cirugía con diagnóstico: Obstrucción duodenal y Bezoar duodenal, encontrándose úlcera gástrica sellada en curvatura menor, fito bezoar 5 x 5 cm, encontrándose a 5 cm distal ángulo Treitz, realizándose yeyunotomía y extracción, cierre primario, gastrectomía parcial y gastroyeyunoanastomosis término-lateral Y Roux. Buena evolución postquirúrgica, egresando por mejoría.

233 TC-093

ANÁLISIS DE LA OBSTRUCCIÓN INTES-TINAL MECÁNICA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Rodríguez PC
Hospital General de Acatlán de Osorio Puebla. SSA.

Introducción: La obstrucción intestinal es una causa frecuente de ingreso al servicio de urgencias de los diferentes hospitales. El diag-

nóstico diferencial entre la obstrucción mecánica, el íleo y la Pseudo-obstrucción da origen al retardo en el tratamiento quirúrgico. **Objetivo:** Dar a conocer el análisis de la obstrucción intestinal mecánica en un hospital de segundo nivel de atención. **Material y método.** Se analizaron 50 expedientes con diagnóstico de obstrucción intestinal mecánica en un período del 16 de junio de 1998 al 31 de diciembre del 2000, es un estudio retrospectivo, clínico y observacional. **Resultados:** Encontramos un rango de edad de 30 SDG a 95 años, con un promedio de 51.8, el sexo M = 28 y F = 22, con un tiempo de evolución el mayor de 20 días y el menor de 10 h. Con un promedio de 3 días, con una atención médica previa en 19 casos, el síntoma clínico más frecuente la distensión abdominal y el signo físico predominante el Von Blumberg, los niveles hidroaéreos el dato más encontrado en radiografía, se encontró en 18 casos que tenían laboratorio con reporte de leucocitosis de 11,200 a 18,600, neutrofilia del 73 al 87% y bandemia de 8 a 18%. El acceso a cavidad por laparotomía exploradora en 46 casos, el diagnóstico preoperatorio más encontrado el de obstrucción intestinal mecánica en 36 casos, el procedimiento anestésico más utilizado el regional (B.P.D) en 26 casos. El diagnóstico posoperatorio que predominó la obstrucción extraintestinal en 22 casos, la obstrucción por hernia en 18 casos, la obstrucción del lumen intestinal en 6 casos y la obstrucción de la pared intestinal en 4 casos. El Shock séptico en 3 casos representó la morbilidad en nuestro medio y tuvimos 5 defunciones. **Discusión:** La mortalidad operatoria es de 3 a 5%, las complicaciones se elevan a cifras de 10 a 25% cuando existe estrangulación, y la mortalidad aumenta de 10 a 37% en relación con factores como retraso en el tratamiento, edad avanzada y trastornos comórbidos. Esto en lo que respecta al intestino delgado. La causa más frecuente de obstrucción mecánica en el colon o recto es el carcinoma, hasta en 60%, seguido de complicaciones de la enfermedad diverticular y el vólvulo, en cifras del orden de 10 a 13%. **Conclusiones:** La etiología más frecuente la adherencia postoperatoria, la mortalidad que encontramos en los extremos de la vida, el shock séptico y sepsis causas de la mortalidad presentada y el tiempo de evolución fundamental en la mortalidad.

234 TC-096

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL COMO CAUSA DE ABDOMEN QUIRÚRGICO EN LA EDAD ADULTA

Medina QVM, Merino VYMD, Casillas CLE, Talleri DAG
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedente: La intususcepción intestinal se presenta principalmente en la infancia como causa de abdomen agudo, sin embargo en la edad adulta queda limitada a pacientes con tumores de intestino delgado principalmente benignos. Se presenta a continuación un caso de una paciente con esta patología y sin relación con neoplasias de tubo digestivo. **Informe:** Femenino de 62 años de edad, soltera, ama de casa, escolaridad primaria, tabaquismo positivo durante 40 años, 5 cigarrillos diarios, alcoholismo social desde su juventud, niega otras toxicomanías. Enfermedad acidopéptica de larga evolución, niega alergias, fracturas. Inicia aproximadamente dos semanas previas a su ingreso con dolor abdominal tipo cólico intenso difuso acompañado de vómitos en múltiples ocasiones y distensión abdominal, ella relaciona este evento con caída de su propia altura. Presenta además incapacidad para evacuar y canalizar gases. Dos días previos a su ingreso dicho dolor se hace más intenso y los vómitos se vuelven de características fecaloideas, por lo que acude a su Hospital General de Zona. Estudiada por Medicina Interna buscando origen neoplásico de su padecimiento, siendo transfundida y posteriormente enviada al HECMNO con dx de obstrucción intestinal sec a probable neoplasia abdominal + Sx hemolítico. Paciente caquética, pálida, ictericia + mucotegumentaria, regular estado de hidratación, funciones mentales conservadas, palidez mucotegumentaria, SNG drenando material fecaloide, área cardiaca arrítmica sin fenómenos agregados, campos pulmonares con adecuada ventilación, no se integra síndrome pleuropulmonar. Abdomen distendido mayormente en hipogastrio y mesogastrio doloroso a la palpación superficial y profunda de manera difusa, peristalsis ausente, rebote positivo, timpánico

a la percusión. Leu 14.6, Hb 8.5, Hto 25.3, VCM 102.8, HCM 34.5, plaq 615 TP 13.8/12.3 INR 1.09 TPT 47.5/34.30, Glu 125, Creat 1.5. Amilasa 128 K 3.33 Na 130 DHL 934 BT 2.9 BD 0.6 BI 2.2 ALT 24 AST 22 FA 110. **Resultado:** Se decide laparotomía exploradora con resección ileocecal, desfuncionalización con ileostomía y fístula mucosa de colon. Hallazgo de Intususcepción de íleon terminal, con isquemia, de íleon y ciego.

235 TC-102

ASOCIACIÓN INUSUAL DE COMPLICACIONES EN ENFERMEDAD DE CROHN Y ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Hernández BMA, Camacho GG, Argüelles CJ
Hospital Regional de Petróleos Mexicanos Cd. Madero Tamps.

Introducción: Las complicaciones de la enfermedad de Crohn requieren cirugía, no se asocia a enfermedad diverticular aún cuando pueden coexistir. **Objetivo:** Presentación de un caso de perforación de íleon terminal y perforación de divertículos en colon que planteó problemas diagnósticos y terapéuticos. **Material y métodos:** Masculino de 31 años de edad que ingresa por diarrea y dolor abdominal, hiporexia, adinamia y ataque al estado general de dos meses de evolución, posteriormente presenta cuadros de oclusión intermitente que requiere varios internamientos, TAC abdominal sugiere enfermedad de Crohn, colonoscopia reporta divertículos en sigmoides y cambios inflamatorios en toda la mucosa, sin respuesta a manejo médico, se efectúa laparoscopia diagnóstica encontrando perforación sellada a nivel de colon izquierdo, se convierte a cirugía convencional corroborando plastrón inflamatorio y perforación en sigmoides, estudio transoperatorio mostró diverticulitis complicada, se detecta perforación de íleon terminal, resecano 25 cm del mismo con estudio patológico de enfermedad de Crohn, se completa la colectomía realizando ileostomía terminal y bolsa de Hartman. **Resultado:** Evoluciona febril por abscesos de pared, reporte definitivo: Enfermedad de Crohn en íleon terminal y apéndice cecal, perforación de íleon. Colectomía total con diverticulitis perforada. **Conclusiones:** La enfermedad diverticular es poco frecuente en esta edad, la enfermedad de Crohn representa retos de efectuar anastomosis ileorrectal, el 10 por ciento de estos paciente tienen actividad microscópica en los márgenes, lo cual no parece estar relacionada con mayor recurrencia, sin embargo ante resecciones múltiples se incrementa la actividad de la enfermedad.

236 TC-107

ADENOCARCINOMA SINCRÓNICO DE DUODENO Y COLON NO RELACIONADO A POLIPOSIS

Milán RJ, Pérez-Montiel MD, Ruiz MJ
Instituto Nacional de Cancerología. México D.F.

Los adenocarcinomas sincrónicos del tubo digestivo no asociados a poliposis son raros y representan menos del 1% de las neoplasias gastrointestinales. Los reportes en la literatura son escasos y son sólo publicaciones de casos en forma aislada. **Reporte de caso:** Paciente masculino de 58 años de edad con cuadro de sangrado de tubo digestivo alto de 2 meses de evolución al cual se le realizó endoscopia, observando lesión polipoide en pared posterior de bulbo duodenal fácilmente sangrante de 3 cm de diámetro que no obstruía la luz con toma de biopsia. Reporte de histopatología: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de duodeno. TAC: Bulbo duodenal con pared engrosada, marcadores tumorales ACE 0.8 ng y Ca19.9 0 ng. Se realizó cirugía de Wipple y hemicolectomía derecha encontrando tumor polipoide de 3 cm en bulbo duodenal, múltiples ganglios en tronco celiaco y mesenterio de colon derecho, además de tumor de 6 x 6 cm en ángulo hepático de colon sin afección macroscópica de la serosa. Reporte histopatológico: Duodeno con adenocarcinoma moderadamente diferenciado sincrónico exofítico Borman I con invasión hasta tejido adiposo subseroso. Colon con adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado, circunscrito, Borman II con extensión a tejido adiposo subseroso en ángulo hepático. **Discusión:** Los adenocarcinomas sincrónicos de tracto di-

gestivo no relacionados a poliposis son raros. Los casos reportados han sido en relación a carcinoma de colon y ampulla de Vater, carcinoma de colon y esófago y sincrónicos de intestino medio. Casos sincrónicos de adenocarcinoma de colon y duodeno sin involucro de ampulla de Vater no han sido reportados con anterioridad.

237 TC-140

TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) CON AFECCIÓN A MESENTERIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Duarte M, Tavares A, Morales E, Zambrano J
Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la UAC (Torreón).

Antecedentes: En 1983, Mazur y Clark describen el término de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) para clasificar tumores del tubo digestivo de histogénesis dudosa los cuales derivan de las células de la pared del órgano con variantes en su diferenciación. Los tumores neurogénicos del tracto gastrointestinal como schwannomas, neurofibromas, neuroblastomas, ganglioneuromas o paragangliomas son extremadamente raros y se considera en general que tienen un comportamiento maligno. La localización más frecuente es el estómago con una frecuencia del 38 al 65% seguido del intestino delgado en 25%, esófago en 13% y colon en 5%. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. **Material y métodos:** Se revisa el caso clínico de una paciente femenina de 17 años de edad sometida a laparotomía exploradora de urgencia con resección intestinal en cuña de aproximadamente 20 cm de yeyuno a 50 cm del ángulo de Treitz por lesión en mesenterio sugerente a un embarazo abdominal con el aspecto macroscópico semejante a saco gestacional implantado en el mesenterio. El diagnóstico definitivo se obtuvo por estudio histopatológico de la pieza, estableciendo como diagnóstico definitivo tumor del estroma gastrointestinal con comportamiento maligno. **Resultados:** A 6 meses de seguimiento posteriores a establecer el diagnóstico la paciente se encuentra sin evidencia de actividad evidente. **Conclusiones:** Los tumores del estroma gastrointestinal constituyen una de las causas más comunes de neoplasias del tubo digestivo. El problema sigue siendo el de distinguir los tumores benignos de los malignos para poder establecer un manejo terapéutico adecuado. La resección quirúrgica es el método de elección y sus límites dependerán de la localización del tumor así como de la afección a estructuras adyacentes.

238 TC-143

SEUDOPÓLIPO INTESTINAL EN YEYUNO SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE CROHN. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Morales E, Duarte M, Sánchez R, Zambrano J, Galván F
Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario de la FMUAC. Torreón, Coahuila.

Antecedentes: En 1932 Crohn describe una afección inflamatoria crónica del intestino de naturaleza granulomatosa que afectaba al tubo digestivo desde la boca hasta el ano, que abarca toda la pared (transmural) y afecta ganglios linfáticos regionales caracterizándose por áreas de mucosa normales alternadas con áreas afectadas. La localización más frecuente es íleon terminal (68%). Es común encontrar zonas de estenosis o fístulas entéricas y a órganos adyacentes. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras enfermedades que cursen con síndrome de mala absorción o colitis siendo la más importante a diferenciar la colitis ulcerativa. **Objetivo:** Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. **Material y métodos:** Paciente femenina de 71 años de edad con diagnóstico de enfermedad de Crohn establecido 3 años previos con cuadros de oclusión intestinal manejado conservadoramente con tratamiento médico. Un mes previo a su ingreso se realizó tránsito intestinal obteniendo como hallazgo radiológico imagen sugestiva de pólipo a nivel de yeyuno. El estudio endoscópico de tubo digestivo alto y bajo no mostró lesiones aparentes. La paciente presenta cuadro de dolor abdominal intenso que no cede con analgésicos, acompañado de

vómito, distensión abdominal y ataque al estado general. Inicialmente es manejada de forma conservadora no mejorando su estado por el cual se decide someterse a laparotomía exploradora encontrando una obstrucción intestinal en yeyuno a 1.5 m de la válvula ileocecal por adherencias y se palpa tumoración intraluminal que corresponde radiológicamente a pólipo previamente descrito en estudio baritado así como ganglios crecidos en mesenterio de aspecto inflamatorio y presencia de divertículo en sigmoides. Por lo que se realiza resección intestinal del área afectada con entero-entero anastomosis, toma de biopsia y drenaje de cavidad. **Resultados:** El reporte anatomopatológico confirma el diagnóstico de enfermedad de Crohn y la presencia de pseudopólipo en yeyuno. **Conclusiones:** En el 60% de los casos se puede descubrir la presencia de pseudopólipo en los estudios colonoscópicos. El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn se realiza en presencia de complicaciones y no modifica la historia natural de la enfermedad. La mayoría de las veces el diagnóstico se establece durante el procedimiento quirúrgico. El tratamiento médico más utilizado es la mesalazina con el uso conjunto de esteroides.

239 TC-144

ÍLEO BILIAR, REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

González SJR, Reyes PC, Esteves CI, Badillo BA, Girón MJ, Miranda FP, De los Ríos NJ
Hospital Juárez de México.

Antecedentes: El íleo biliar representa el 1-4% de las obstrucciones mecánicas con una mortalidad de 15% en tratamiento de urgencia. **Objetivo:** Reporte de un caso de íleo biliar y revisión de literatura. **Informe del caso:** Femenino de 75 años de edad que inicia su padecimiento en mayo del 2003 con ataque al estado general y cólico biliar, a partir de junio presenta náusea y vómito. 7 días previos a su ingreso presenta ictericia, coluria, hipertermia vespertina no cuantificada. Clínicamente con deshidratación, ictericia, Murphy presente, sin irritación peritoneal, peristaltismo aumentado. Laboratorio: Leucocitos: 12,000, neutrófilos 83.4% electrolitos normales, BT: 7 BD: 4.3 creatinina 2.8 urea: 126. RX abdomen: datos de obstrucción. Ultrasonido biliar: no se visualiza vesícula biliar, sin dilatación de vía biliar intra ni extrahepática. Cepre, fístula colecistoduodenal se realiza esfinterotomía. El 13-06-03: Colecistectomía, cierre primario de fístula duodenal, enterotomía extracción del lito, y gastrostomía. **Resultados:** Postoperatorio satisfactorio, resolución de cuadro obstructivo. No hubo evidencia de fístula externa. **Conclusiones:** La clínica y el laboratorio no son específicos, por lo que el diagnóstico preoperatorio es difícil. Estudios de gabinete tienen sensibilidad y especificidad elevadas. El vómito se presenta en casi el 100%, distensión en 90%, estreñimiento en 78%, y vómito fecaloide de 67%. Se encuentra asociado en pacientes adultos mayores con otras condiciones comórbidas. En pacientes hemodinámicamente inestables, el tratamiento consiste en extracción de lito o enterolitotomía y la colecistectomía se deberá realizar en segundo tiempo quirúrgico si el paciente está inestable.

240 TC-146

FITOBEZOAR INTESTINAL

Arroyo LH, Martínez MJ, Pozos AF, Bernaldez GG
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS.

Antecedentes: El fito bezoar es una causa poco frecuente de oclusión de intestino delgado. Reportado sólo como casos aislados, asociado con divertículo de Meckel, o con antecedentes quirúrgicos abdominales positivos. Incluso como hallazgos tomográficos en protocolo de estudio en pacientes con dolor abdominal y cuadros oclusivos intestinales. **Objetivo: Reporte del caso. Informe:** Masculino de 56 años. Sin antecedentes quirúrgicos abdominales. Padecimiento actual de dos años de evolución. Caracterizado por dolor abdominal tipo cólico en fosa ilíaca derecha, además de cuadros oclusivos intestinales, que no han requerido tratamiento quirúrgico urgente. Du-

rante su protocolo de estudio cursa temporalmente con trombocitosis mayor de 500,000 que posteriormente remite. Además de pérdida de 7 kg de peso. Ante la posibilidad de síndrome paraneoplásico, se toman biopsias de colon. Reportando colitis crónica moderada de etiología no determinada. Colon por enema con enfermedad diverticular de colon izquierdo. Tránsito intestinal reporta lesión estenótica de íleon. Tomografía de abdomen normal. Es sometido a laparotomía exploradora, no se encuentra estenosis. Pero se observa fitobezoar en intestino delgado, a un metro de válvula ileocecal. Realizando resección intestinal y enteroenteroanastomosis término-terminal. Dado por terminado el tratamiento quirúrgico, con evolución satisfactoria. **Resultado:** Oclusión de íleon por fitobezoar, diagnosticado en el transoperatorio. **Conclusiones:** La baja frecuencia de la patología, y la evolución atípica por sí mismas, obligan a protocolizar, para descartar otras patologías, que por grupo de edad, se trata de confirmar procesos neoplásicos. Si los paraclínicos no son concluyentes como en este caso, es obligada la laparotomía exploradora.

241 TC-151

USO DE LA CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PATOLOGÍA YEYUNO-ILEAL

Medina SS, Díaz-Pizarro GJI, De la Mora LJG, Gómez CX, Palacios RJA, Moreno PM.

Departamento de Cirugía General, Unidad de Endoscopia Terapéutica del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S., México, D.F.

Antecedentes: El abordaje diagnóstico de la patología de intestino delgado es en muchas ocasiones difícil, fuera del alcance de la panendoscopia y de los estudios contrastados. Actualmente, gracias al avance tecnológico, contamos con la cápsula endoscópica como una herramienta para el estudio de dichas entidades. **Objetivo:** Presentar la imagen intraluminal de un tumor del estroma gastrointestinal diagnosticado como angiodisplasia por cápsula endoscópica. **Caso clínico:** Paciente femenino de 45 años de edad quien inicia un año antes de su ingreso con sangrado de tubo digestivo, evacuaciones melénicas, requiriendo múltiples transfusiones. Tres meses antes de su ingreso se realiza estudio con cápsula endoscópica diagnosticándose lesión sugerente de angiodisplasia en yeyuno proximal. A su ingreso refiere dolor abdominal de un día de evolución, intenso, súbito, opresivo, en mesogastrio, fiebre, diarrea, náusea y vómito, niega sangrado de tubo digestivo y a la exploración física se encuentra abdomen con datos francos de irritación peritoneal. Se realiza laparotomía exploradora encontrando divertículo yeyunal pediculado, de 10 x 15 cm, a un metro del ligamento de Treitz con múltiples áreas de necrosis y perforaciones, no se encuentra angiodisplasia. Se realiza resección intestinal y anastomosis. Patología reporta un tumor del estroma gastrointestinal. La paciente egresa una semana más tarde en buenas condiciones. **Conclusiones:** El uso de la cápsula endoscópica es un método seguro, no invasivo, auxiliar en el estudio del sangrado de origen oscuro del intestino delgado. Es un estudio que deberá seguir siendo evaluado para incrementar la experiencia en su interpretación.

242 TC-153

OCCLUSIÓN INTESTINAL POR FIBROMATOSIS

Keller P, Torres G, Fernández E, Ruiz M, Cruz C, Delgado A, Lobo J, Ricárdez J

Hospital Mocel, Ciudad de México, Grupo Ángeles.

Antecedentes: Las fibromatosis son un tipo de lesiones con una conducta biológica intermedia entre las proliferaciones fibroblásticas benignas, de carácter reactivo o cicatricial, y el fibrosarcoma. Aunque en la infancia engloban una amplia gama de lesiones, la forma intra-abdominal aislada es verdaderamente excepcional. El hallazgo en adultos es más raro aún. **Objetivo:** Presentar 2 casos de oclusión intestinal por fibromatosis intra-abdominal en adultos. **Presentación de los casos:** Caso 1 Masculino de 75 años, con antecedente de estreñimiento crónico, inició un día previo a su ingreso con dolor abdominal importante, súbito, generalizado con predomi-

nio en epigastrio, hipocondrio derecho y marco cólico, náusea, alteraciones en los hábitos intestinales, tolerancia parcial a la vía oral. EF: abdomen doloroso, peristalsis disminuida, rebote positivo. Se realizó ultrasonido de hígado y vías biliares, encontrando quistes hepáticos simples de 2.76 cm; vesícula biliar aumentada de tamaño. Persistió con dolor importante, se sometió a LAPE, encontrando adherencias múltiples de epiplón en intestino delgado, estenosis y acodamientos múltiples de etiología a determinar en intestino delgado a 1 m del Treitz. Se realizó resección intestinal de aproximadamente 62 cm con entero-entero anastomosis término-terminal. Evolución satisfactoria. Reporte histopatológico: fibrosis densa, con esclerosis nodular irregular que afecta únicamente la serosa. Caso 2 Femenino de 65 años, con antecedente de estreñimiento crónico, inicia padecimiento, posterior a colon por enema, caracterizado por dolor abdominal de predominio en fosa ilíaca izquierda, incapacitante, sin náusea, ni vómito. Niega evacuaciones. EF: abdomen globoso por panículo adiposo, doloroso a la palpación media y profunda en mesogastrio y flanco izquierdo, colon distendido, peristalsis disminuida. Placas simples de abdomen, colon con gran cantidad de material baritado de predominio izquierdo, ampulla con gas. Se hospitaliza con diagnóstico de impactación fecal secundaria a medio de contraste baritado. Manejada inicialmente con enemas jabonosos. Evoluciona alternando entre cuadros diarreicos y episodios de suboclusión intestinal. Al 6º día refiere dolor abdominal progresivo, disnea y cianosis distal, es ingresada a la UTI con diagnóstico de Pb TEP. Presenta datos de abdomen agudo, se somete a LAPE encontrando lesiones generalizadas con apariencia de carcinomatosis y aprox. 900 cc de líquido de ascitis, se realiza colostomía de transverso. Antígeno CA 125 normal. Se inició tratamiento con Sulindac 400 mg al día. Evoluciona tópidamente por problemas pulmonares. Presenta paro cardiorrespiratorio que no revirtió a maniobras de resucitación. Reporte histopatológico: fibromatosis intestinal que diseca e infiltra el omento mayor. No malignidad. Líquido de ascitis con alteraciones inflamatorias y sin infiltrado por células neoplásicas. Conclusiones: Un abordaje quirúrgico temprano, con el objetivo prioritario de una exéresis completa parece, en el momento actual, la mejor opción terapéutica para este tipo de lesiones. Cuando esto no puede conseguirse sin una afectación funcional grave (síndrome de intestino corto, por ejemplo) o, en determinadas localizaciones, la resección parcial puede ser una opción aceptable, aunque asociada a un elevado riesgo de recidiva. La utilidad de fármacos coadyuvantes (gestágenos, citostáticos, AINE's), sobre todo en este tipo de situaciones, permanece todavía sin establecerse claramente.

243 TC-154

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN PACIENTE ADULTO. PRESENTACION DE UN CASO

Velásquez QR, Cañedo RMA, González HH, Martín GF, Aceves AM Hospital de la Cruz de Guadalajara.

Objetivo: Presentación de un paciente adulto con Intususcepción Intestinal. Analizar la norma de reseccion en todos lo casos. **Introducción:** La invaginación intestinal es una causa relativamente frecuente de obstrucción intestinal en pacientes pediátricos, sin embargo en el paciente adulto es más bien una entidad rara y los reportes en la literatura la relacionan a algún factor desencadenante (tumorción, divertículo, etc.), por lo que se sugiere la resección quirúrgica del segmento afectado en todos lo casos. Presentamos un caso manejado con este criterio y los hallazgos anatomopatológicos del mismo. **Presentación del caso:** Se trata de paciente fem. de 32 años de edad sin antecedentes de importancia, que ingresa con cuadro de seis días de evolución manifestado por dolor abdominal tipo cólico, intenso, de predominio en epigastrio, acompañado de vómito a toda ingesta y en los últimos dos días evacuaciones diarreicas. A la exploración sus signos vitales dentro de límites normales, discreta palidez de tegumentos, deshidratación moderada, cardiopulmonar sin datos de problema, su abdomen con discreta distensión, peristalsis de lucha, dolor difuso, resistencia muscular voluntaria, descompresión positiva. Rx de abdomen con apelotonamiento de asas en FID, niveles y edema interasa. BH con 9.8 de Hb, 9 300 leucoci-

tos, 3 bandas, 74 segmentados, amilasa 71, bilirrubinas normales, urianálisis con cetonas (++) 4/5 leucocitos xc, 35/40 eritrocitos xc. 100 mg de proteínas. Se somete a laparotomía exploradora encontrando intususcepción ileocólica que llegaba hasta transverso, se reduce el segmento invaginado y se realiza resección ileocólica y anastomosis T-T. El segmento reseñado mostraba apéndice de base ancha, edematizada, divertículo de Meckel y el reporte histopatológico muestra que se trataba de mucocele apendicular. Su evolución fue satisfactoria. **Conclusiones:** En el presente caso, al igual que en los casos revisados en la literatura encontramos un factor desencadenante de la intususcepción, un mucocele apendicular, que justifica y confirma la sugerencia de resecar el segmento afectado en todos los casos, la presencia del divertículo de Meckel fue incidental y no contribuía aparentemente al cuadro oclusivo.

244 TC-161

PIODERMA GANGRENOSO PARAESTOMAL. REPORTE DE UN CASO

Velasco L, Takahashi T, Archer K, Gamboa A, Uscanga L, Zárate X, Orlando BX
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Antecedentes: El pioderma gangrenoso puede presentarse hasta en el 5% de los pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) en la fase activa de la enfermedad. Se han reportado menos de 50 casos en la literatura mundial de pacientes con ileostomía que presentan esta entidad. **Objetivo:** Presentar las manifestaciones clínicas de un pioderma gangrenoso paraestomal, en un paciente con CUCI. Informe del caso: Paciente masculino de 52 años, sin antecedentes heredo-familiares, diagnosticado con CUCI desde 1991. El paciente presentaba manifestaciones extraintestinales consistentes en artritis a nivel de rodilla y articulaciones coxofemorales. En marzo del 2003 se le realizó colectomía total con ileo-ano anastomosis e ileostomía de protección por actividad severa, el estudio histopatológico mostró bordes libres de enfermedad, remitiendo la sintomatología posterior a la cirugía. En junio del 2003 presentó lesiones ulcerosas alrededor del estoma, sospechando inicialmente que se trataran de lesiones producto de un manejo deficiente de la ileostomía, posteriormente se diseminaron a tronco, presentando úlceras de fondo limpio y bordes eritematovioláceos, se tomaron biopsias de las lesiones haciéndose el diagnóstico de pioderma gangrenoso. **Conclusión:** El pioderma gangrenoso es una manifestación extraintestinal de la CUCI, debe sospecharse en pacientes con lesiones alrededor del estoma sobre todo si presentan las características clínicas del pioderma.

245 TC-167

OCCLUSIÓN INTESTINAL Y CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. REPORTE DE DOS CASOS

Gómez JM, Baqueiro A, Fernández J, Dorantes MA, Benavides M
Servicio de Cirugía Gastrointestinal. Hospital Español de México, México D.F.

Antecedentes: La cirugía laparoscópica ha permitido el desarrollo de técnicas quirúrgicas tanto diagnósticas como terapéuticas particulares para diversas afecciones del tracto digestivo. **Objetivo:** Mostrar dos casos en los cuales el abordaje laparoscópico permitió tanto el diagnóstico exacto como la corrección de la patología. **Informe de los casos:** Se trata de dos pacientes del sexo femenino, una de ellas en período gestacional de 12 semanas. Ambas con dolor severo sobre fosa ilíaca derecha, leucocitosis, y datos de abdomen agudo a la exploración, la paciente no gestante mostró en rayos X evidencia de ileo regional sobre asas de íleon distal; la paciente embarazada presentó un ECO abdominal con líquido libre escaso sobre fosa ilíaca derecha. Se programan para laparoscopia diagnóstica. **Resultados:** Durante la cirugía laparoscópica se descartó apendicitis, encontrando en ambos casos una brida sobre asas de íleon terminal obstruyendo el tránsito intestinal, uno de los casos con sufrimiento de asa, pero sin necesidad de resección. En ambos casos se

realizó corte de la brida con liberación de las asas. La evolución postoperatoria fue sin complicaciones. **Conclusiones:** La cirugía laparoscópica es un excelente auxiliar para la detección de patología no sospechada en pacientes con dolor abdominal agudo y datos oclusivos intestinales, permitiendo el diagnóstico y tratamiento adecuados mediante mínima invasión.

246 TC-192

MUCOCELE APENDICULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Díaz C, Aldama, Cruz MI
Hospital Juárez de México.

Mucocele apendicular. Es una entidad rara, de presentación no específica, cuyo diagnóstico es intraoperatorio en la mayoría de los casos, la ruptura de éste puede producir pseudomixoma peritoneal. Tiene una incidencia entre el 0.2 y 0.3%. La primera descripción fue realizada por Rokitsky en 1842. Posteriormente por Woodruff y McDonald. Lo clasificaron en benignos y malignos. El mucocele puede presentarse con síntomas variados y el diagnóstico es intraoperatorio. Es más frecuente en el sexo femenino, pasada la quinta década de la vida. Se presenta el caso de paciente masculino, de 75 años de edad con cuadro de 5 días de evolución caracterizado por constipación, siendo tratado por facultativo mediante enemas evacuantes presentando posteriormente cuadro diarreico, así como dolor abdominal tipo cólico, difuso, ataque al estado general. A la exploración física: paciente consciente, con deshidratación moderada, palidez de tegumentos, con sonda nasogástrica drenando material intestinal, abdomen distendido, doloroso a la palpación media y profunda, con predominio en cuadrante inferior derecho. Resistencia muscular, timpánico y datos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio: HB. 11.5 G, leucos:13 mil, neutrófilos, 79.9%, glucosa 309, urea 110, CREAT: 1.6. Exámenes de gabinete con placas simples de abdomen con niveles hidroaéreos, asa fija y borramiento de psaos. Se somete a cirugía teniendo como hallazgos apéndice con material mucoso en la base y en su tercio medio. El reporte de patología es de mucocele apendicular benigno. El paciente evoluciona adecuadamente dándose de alta.

247 TC-197

SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN DUODENAL POR PINZA MESENTERICA

Campos-Campos SF, Segovia CG, Santos NR
IMSS. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".

Antecedentes: La compresión vascular del duodeno es una entidad rara, de difícil diagnóstico. Es causado por una disminución del ángulo entre la aorta y la arteria mesentérica superior. El diagnóstico se fundamenta en la presentación clínica y confirma por estudios radiológicos. **Objetivo:** Informe de dos pacientes estudiados y tratados por el Síndrome de obstrucción duodenal por pinza mesentérica. **Material y método:** Caso 1. Femenina de 26 años con antecedente de enfermedad acidopéptica de larga evolución. Laparotomía por absceso tubo-ovárico complicada con pelvi-peritonitis que obligó a dos reintervenciones. Baja ponderal de 10 kg durante la evolución del padecimiento. Inició posteriormente con náusea, vómito, plenitud postprandial, acedías. Serie gastroduodenal con dilatación gástrica y duodenal. El ultrasonido Doppler de aorta y arteria mesentérica encontró disminución del ángulo entre ambas. Se realizó laparotomía confirmando el diagnóstico y duodeno-yeyuno anastomosis latero-lateral retrocólica. Caso 2. Femenina de 40 años con dolor abdominal ardoroso epigástrico, distensión abdominal, náusea, vómitos postprandiales y pérdida de 10 kg de peso. Serie esofagogastroduodenal con duodeno dilatado. Ultrasonido Doppler con ángulo entre la arteria mesentérica y la aorta de 20 grados. La laparotomía confirmó el diagnóstico. Se realizó liberación del ángulo de Treitz y anastomosis duodeno-yeyunal latero-lateral retrocólica. Resultados: Ambos pacientes tuvieron buena evolución. Los estudios baritados postoperatorios mostraron permeabilidad de la anastomosis. Actualmente ambas con adecuada tolerancia a la alimentación. **Conclusiones:**

La oclusión duodenal por pinza mesentérica es una entidad rara, en la que el tratamiento quirúrgico resuelve el problema, mediante la anastomosis duodeno-yeyunal se permite una alimentación adecuada.

248 TC-201

TEXTILOMA

Alfaro SA, Esmer SD
Centro Médico del Potosí.

Antecedentes: El textiloma o también llamado gossypiboma por su raíz Latina (*Gossypium* Latín: algodón; Boma Kiswahili: lugar de almacén), esta patología es poco común por lo subestimado o lo poco reportado de los casos. Aunque en la actualidad existe un leve incremento de reporte por los métodos de marcaje de estas esponjas y la cada vez más avanzada tecnología de imagenología. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con textiloma. **Presentación del caso:** Femenino 34 años, antecedentes de cesárea 4 años antes de su ingreso, refiere sintomatología de cuadros de oclusión intestinal parcial resueltos con manejo conservador, se realizó TAC que demuestra lesión de ecos mixtos, quística con áreas centrales sólidas. Se programa laparotomía exploradora encontrando textiloma enquistado subhepático con contenido de compresa, se extrae completo sin complicaciones. La evolución satisfactoria. **Conclusión:** La mayoría de los casos de textiloma ocurren cuando la cuenta transoperatoria de compresas y gases es normal. Cuentas apresuradas ocurren en procedimientos prolongados y cuentas adicionales o personal extra para vigilar el material son necesarios para evitar esta complicación.

249 TC-219

DIVERTICULITIS APENDICULAR, UNA CAUSA RARA DE APENDICECTOMÍA. PRESENTACIÓN DE CASO DE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Morales-Orozco C, Herrera-Esquivel JJ, Coutté-Moyora A, Palacios-Ruiz JA, Mucio-Moreno P
Departamento de Cirugía General. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". SS.

Objetivo: Presentar el caso de enfermedad diverticular del apéndice, y realizar una revisión de la literatura de esta patología poco frecuente. **Antecedentes:** La diverticulosis del apéndice cecal es una entidad relativamente rara, reportada originalmente en 1893 por Kelyneck. La incidencia en especímenes de apendicectomía es entre 0.004% a 2.1%; y en autopsias entre 0.20% a 1.4%. La enfermedad diverticular apendicular rara vez se diagnostica en el preoperatorio por clínica o por imagenología. Se han reportado dos casos previos en nuestro país de diverticulosis apendicular. **Reporte de caso:** Masculino de 38 años, previamente sano, con epigastralgia de 12 horas de evolución irradiado a fosa ilíaca derecha. FC 100x', temperatura 37.2°C, datos de irritación peritoneal en fosa ilíaca derecha. Leucocitos 10,200, neutrófilos 95.2%. Se realizó laparoscopia y apendicectomía, se encontró el apéndice cecal con secreción fibrinopurulenta. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta 24 horas después. El estudio histopatológico mostró el apéndice cecal con diverticulosis, diverticulitis y peritonitis aguda fibrinopurulenta. **Discusión:** La diverticulitis apendicular (DA) es una entidad rara dentro del diagnóstico diferencial de abdomen agudo. Suele presentarse con dolor abdominal insidioso; pueden haber episodios similares previos, remitidos con el uso de antibióticos. Existe una mayor frecuencia de perforación temprana en los pacientes con DA, por lo que se recomienda realizar apendicectomía profiláctica cuando se encuentre diverticulosis como hallazgo. Hasta nuestro conocimiento este es el primer reporte de DA abordado laparoscópicamente en México.

250 TC-230

PERFORACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A POLIARTERITIS NODOSA

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

Introducción: La poliarteritis nodosa se considera una vasculitis necrotizante multisistémica que afecta arterias de pequeño y mediano calibre y que pueden afectar piel, nervios periféricos, articulaciones, tracto intestinal y riñones. **Descripción del caso:** Femenino de 57 años con ingesta crónica de antiinflamatorios no esteroideos por artropatía. Inició su padecimiento con dolor abdominal de modera intensidad, localizado en flanco y fosa ilíaca izquierda, acompañado de náuseas y vómito. A la exploración física se encontró abdomen a tensión, doloroso a la palpación, rebote positivo y peristalsis abolida. Se realizó tomografía computada y contrastada que reporta aire y líquido libre en cavidad abdominal sin compromiso vascular. Se programó para laparotomía exploradora encontrando dos perforaciones a nivel de yeyuno. Se realizó resección intestinal con entero-entero anastomosis en dos planos así como lavado exhaustivo de la cavidad. La paciente permaneció 24 horas en terapia intensiva y posteriormente ingresa a piso en donde su evolución es satisfactoria, iniciando vía oral al 4to. día de postoperada. La herida quirúrgica se deja abierta para un cierre por segunda intención. El reporte histopatológico del intestino resecado fue de enteritis isquémica perforada, secundaria a Poliarteritis Nodosa. La paciente se egresó por mejoría y actualmente está con manejo y vigilancia por parte del servicio de Cirugía General y Reumatología. **Conclusión:** La presencia de complicaciones como perforación o sangrado en pacientes con poliarteritis nodosa, es variable. El diagnóstico y manejo temprano, reducen notablemente la tasa de morbilidad y mortalidad perioperatoria.

251 TC-237

INTUSUSCEPCIÓN ILEOCÓLICA EN ADULTOS. REPORTE DE CASO

Sánchez-Pérez MA, Luque-de León E, Muñoz-Juárez M, Moreno-Paquentin E, Cobos-Gonzalez E
Departamento de Cirugía del American British Cowdray Medical Center, México D.F., Departamento de Cirugía General del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México D.F.

La invaginación intestinal en adultos es una entidad clínica rara. En 90% de los casos existe una causa subyacente, generalmente tumores. Presentamos un caso de invaginación ileocólica secundaria a enfermedad de Hodgkin. Masculino de 32 años de edad con dolor abdominal, náusea, vómito y distensión abdominal de 10 horas de evolución. Clínicamente se encontró un tumor móvil en fosa ilíaca derecha. Los estudios de laboratorio fueron normales. Las radiografías de abdomen y tránsito intestinal mostraron una obstrucción intestinal. La colonoscopia mostró un segmento de íleon terminal protruyendo hacia el ciego. Tomográficamente se encontró imagen de tiro al blanco en ciego. Se realizó el diagnóstico preoperatorio de invaginación ileocólica. El paciente fue llevado a quirófano. Se realizó hemicolectomía derecha e ileontransversoanastomosis sin reducción del segmento invaginado. El diagnóstico histopatológico fue enfermedad de Hodgkin variedad esclerodular. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y el paciente fue egresado del al séptimo día. La invaginación intestinal es más frecuente en la población pediátrica que en adultos. La presentación clínica en adultos es variable, y es frecuente la presencia de manifestaciones intermitentes de obstrucción intestinal parcial. El diagnóstico preoperatorio se realiza en menos del 30% de los casos. El manejo en niños se basa en la reducción quirúrgica o no quirúrgica mediante estudios baritados, mientras que en adultos el tratamiento quirúrgico se basa en la resección del segmento involucrado sin reducción manual, por el peligro de necrosis intestinal o embolización de células malignas. El pronóstico depende de la neoplasia y su respuesta al manejo adyuvante.