

Cirujano General

Volumen 25
Volume

Suplemento 1
Suplemento

Octubre-Diciembre 2003
October-December

Artículo:

Trabajos en Cartel del 252-342

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*



Edigraphic.com

TRABAJOS EN CARTEL

- 118 **Endometriosis intestinal, presentación de un caso.**
- 118 **Abdomen agudo secundario a perforación intestinal por cuerpo extraño.**
- 118 **Síndrome de Peutz-Jeghers complicado con intususcepción. Informe de un caso.**
- 118 **Second look laparoscópico: informe de 4 casos ulteriores a resección intestinal por isquemia mesentérica.**
- 118 **Prevalencia de apendicitis aguda en el hospital universitario de la FMUAC, Torreón, Coahuila.**
- 119 **Enfermedad de crohn en el anciano. Reporte de un caso.**
- 119 **Trauma duodenal: una lesión difícil.**
- 119 **Divertículo de Meckel, presentación de tres casos.**
- 119 **Neumatosis intestinal en paciente senil. Reporte de un caso.**
- 120 **Oclusión intestinal secundaria a adenocarcinoma diferenciado, caso clínico.**
- 120 **Caso clínico de tuberculosis peritoneal en un paciente de 17 años.**
- 120 **Fístula colecistoduodenal secundaria a ascariasis de las vías biliares.**
- 120 **Resección asistida por laparoscopia del divertículo de meckel complicado en el Hospital San José-ITESM.**
- 120 **Gist: reporte de dos casos.**
- 121 **Colocación de endoprótesis metálica autoexpandible como tratamiento endoscópico en estenosis postquirúrgica, de una gastro-yejuno anastomosis. Presentación de un caso.**
- 121 **Carcinoide de intestino delgado como causa de intususcepción intestinal en el adulto.**
- 121 **Respuesta fisiológica y mantenimiento de la vía oral con implante de yeyuno sobre colon posterior a resección intestinal masiva.**
- 121 **Intususcepción en adulto. Reporte de un caso.**
- 122 **Utilidad del etil-2-cianoacrilato en el cierre primario de heridas traumáticas en el servicio de urgencias del hospital metropolitano "Dr. Bernardo Se-púlveda".**
- 122 **Uso del polidocanol en el tratamiento ambulatorio de los gangliones de la muñeca.**
- 122 **Presión intra-abdominal en pacientes sometidos a cirugía abdominal de urgencia.**
- 122 **Importancia de la detección oportuna de potenciales donadores de trasplante con muerte cerebral.**
- 123 **Comparación de dos técnicas quirúrgicas aplicadas en desgarro perineal.**
- 123 **Liposarcoma en muslo derecho (reporte de un caso).**
- 123 **Reseña histórica de la hemostasia en México.**
- 124 **Alteraciones del potasio en pacientes postquirúrgicos.**
- 124 **Síndrome del túnel del carpo: resultados clínicos en el postoperatorio tardío.**
- 124 **Síndrome del túnel del carpo: inferencia neurofisiológica y su correlación clínica.**
- 124 **Vena ácigos; una opción para nutrición parenteral.**
- 125 **¿Cómo determinar el peso y la talla en un paciente que no se puede movilizar?**
- 125 **Desnutrición severa en paciente con tce, secundario: realización errónea de una colostomía para eliminación.**
- 125 **Condrosarcoma retroperitoneal en tejidos blandos como recidiva de primario pélvico.**
- 125 **Cáncer canalicular infiltrante primario de glándula mamaria axilar derecha. Informe de un caso.**
- 125 **Presentación inusual de un tumor retroperitoneal.**
- 126 **Linfoquiste bilateral como complicación del tratamiento radical en cáncer ginecológico. Reporte de un caso.**
- 126 **Cáncer epidermoide de pene. Reporte de un caso.**
- 126 **Liposarcoma retroperitoneal.**
- 127 **Tumor uterino gigante.**
- 127 **Tumor de cuerpo carotídeo. Presentación de caso y revisión de la literatura.**
- 127 **Paraganglioma retroperitoneal. Diagnóstico no sospechado en una paciente con hipertensión arterial sistémica de reciente diagnóstico.**
- 127 **Paliación endoscópica en cáncer gástrico mediante la colocación de endoprótesis metálica autoexpandible. Reporte de un caso.**
- 128 **Timoma mixto en adulto joven. Informe de un caso.**
- 128 **Sección pancreática en trauma cerrado de abdomen: resolución quirúrgica. Informe de un paciente.**
- 128 **Schwannomas en páncreas y colon: tumor gastrointestinal sumamente raro.**
- 129 **Cistoadenoma de cola y cuerpo pancreático. Presentación de un caso.**
- 129 **Pancreatitis aguda. Experiencia en un hospital de 2º nivel.**

- 129 **Pancreatitis necrohemorrágica quirúrgicamente manejada con pancreatectomía subtotal: reporte de un caso.**
- 130 **Operación de whipple en paciente obeso, presentación de un caso.**
- 130 **Tumor neuroendocrino de páncreas hipervasculizado; resección óptima posterior a fracaso quirúrgico.**
- 130 **Pancreatitis aguda-absceso pancreático-quiste de colédoco, efecto-causa. Reporte de un caso.**
- 130 **Litiasis única en conducto de wirsung como causa de pancreatitis aguda severa.**
- 131 **Síndrome de Trouseau.**
- 131 **Cáncer de cola de páncreas con infiltración de colon.**
- 131 **¿Pancreatitis por coccidioidomicosis? Con secuelas de estenosis de colédoco: reporte de un caso.**
- 131 **Adenocarcinoma acinar de páncreas ectópico.**
- 132 **Manejo inicial de pseudoquiste pancreático gigante mediante drenaje externo percutáneo, informe de caso.**
- 132 **Manejo difícil de una paciente pediátrica con pancreatitis necrótico hemorrágica posttraumática. Presentación de un caso.**
- 132 **Pancreatitis aguda, diabetes y sarcoidosis: reporte de un caso y revisión del tema.**
- 132 **Manejo médico de necrosis pancreática infectada: reporte de un caso.**
- 133 **Quistes papilares pancreáticos.**
- 133 **Pancreatitis aguda: diagnóstico, incidencia, evolución y tratamiento en 13 meses de seguimiento.**
- 133 **Lesión bronquial por arma blanca, informe de dos casos.**
- 133 **Fístula pleurocutánea por calcificación pleural.**
- 133 **Melanoma nodular amelánico gigante, reporte único en la literatura.**
- 134 **Hemoneumopericardio en el servicio de urgencias.**
- 134 **Empiema masivo derecho: reporte de caso.**
- 134 **Toracotomías en un hospital de segundo nivel: experiencia de un año.**
- 134 **Diagnóstico radiológico de ruptura traumática de aorta torácica.**
- 135 **Absceso pulmonar con drenaje a abdomen y pleura. Reporte de caso.**
- 135 **Manejo del derrame maligno por vía toracoscópica en el Hospital San José-ITESM.**
- 135 **Liposarcoma gigante de mediastino.**
- 135 **Quiste broncógeno y herida por arma de fuego en tórax. Informe de un caso.**
- 136 **Experiencia en trasplante renal de donador vivo emocionalmente relacionado en el Hospital Juárez de México.**
- 136 **Hallazgos transoperatorios en la disfunción del catéter de tenckhoff. Evaluación del abordaje quirúrgico.**
- 136 **Tratamiento quirúrgico de linfedema secundario.**
- 136 **Costos económicos en la atención del paciente sometido a trasplante renal en el ingreso hospitalario y postoperatorio temprano.**
- 137 **Complicaciones quirúrgicas en el trasplante renal en el postoperatorio temprano.**
- 137 **La importancia de la arteriografía renal del donador vivo en el trasplante renal.**
- 137 **Estenosis de colon secundaria a trauma abdominal cerrado, reporte de un caso.**
- 137 **Mixoma auricular derecho en paciente pediátrico.**
- 138 **Trombosis venosa profunda de miembro torácico manejada con filtro de greenfield en vena cava superior.**
- 138 **Aneurisma de arteria carótida.**
- 138 **Cirugía microvascular en traumatismo de la piel cabelluda.**
- 138 **Melanoma maligno metastásico de miembro pélvico izquierdo: rápida evolución.**
- 139 **Comparación macro y microscópica de la extensión de lesiones vasculares por proyectil de arma de fuego.**
- 139 **Aneurisma femoral roto con fistula arteriovenosa, presentación de un caso.**
- 139 **Aneurisma verdadero del arco palmar superficial en mano derecha de un niño de 11 años con camptodactilia, presentación de caso y revisión de literatura.**
- 139 **Linfedema gigante y su tratamiento quirúrgico exitoso, presentación de caso.**
- 139 **Experiencia de la colocación de catéteres venosos permanentes para quimioterapia.**
- 140 **Herida cortocontundente en región femoral sin lesión de grandes vasos.**
- 140 **Tumoración en hueco poplíteo derecho. En la actualidad, diagnosticado fielmente con las muy valiosas pistas que nos regala la semiología y el arte de saber explorar. (lesión de baker o lesión de jacobson) cuáles son las condiciones tan finas que los diferencian.**

252 TC-248

ENDOMETRIOSIS INTESTINAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Salas GA, *Hernández RF, *Guerrero RA, *Villanueva HJA, *Delgado HC, *Zanatta MJA, **Girón MJ

*Hospital Juárez de México, Médicos Residentes de Cirugía General, **Médico Adscrito al Servicio de Cirugía General.

Introducción: Endometriosis es la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. El involucro intestinal reporta incidencia de 4%-38%, los síntomas dependen de la severidad y localización de la enfermedad, el tejido endometrial puede estenosar la luz (12%) y llegar a ocluirla (0.9%). **Objetivo:** Describir caso de paciente con endometriosis intestinal. **Informe del caso:** Femenino, 40 años de edad, antecedente de endometriosis manejada con electrofulguración y hormonales. Menarca 13 años, ciclos 28 x 10, dismenorreica, MPF hormonales orales. Refiere padecimiento de 48 horas con dolor urente, opresivo, en epigastrio y mesogástrico, acompañándose de náusea y vómito gástrico, evacuaciones disminuidas de consistencia, agregándose incapacidad para canalizar gases, abdomen distendido, tímpanico, doloroso a la palpación en mesogástrico y fosas ilíacas, peristalsis disminuida, sin datos de irritación peritoneal al ingreso. Tacto vaginal dolor a la palpación anexo derecho y movilización de cerviz. Placas abdomen: Niveles hidroaéreos y distensión de asas intestinales. Ultrasonido: Líquido libre, no se descarta apendicitis complicada. **Resultados:** A las 24 h de su ingreso se realiza laparotomía exploradora encontrando área de estrechez con tejido fibroso en íleon terminal a 10 centímetros de válvula ileocecal, se resecan 10 centímetros de íleon terminal, se realiza entero-entero anastomosis término-terminal. Patología reporta endometriosis intestinal. **Conclusión:** Paciente que presentó cuadro de oclusión intestinal por endometriosis intestinal, el cirujano general debe tomar en cuenta esta patología como posibilidad diagnóstica en mujeres de edad fértil, se presenta con una gran variedad de manifestaciones clínicas, siendo el único método de diagnóstico certero el resultado histopatológico.

253 TC-257

ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A PERFORACIÓN INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO

Miranda FP, Gutiérrez OA, Hernández RJL, Palomo MV, Padilla MCD Hospital Juárez de México.

La mayoría de los cuerpos extraños ingeridos pasan espontáneamente el tubo digestivo sin lesionarlo, requiriendo manejo quirúrgico sólo 1-8% para su remoción o por complicaciones (perforación, obstrucción). La ingestión de mondadientes representa aproximadamente el 13% del total de ingestiones y de éstas sólo 1% se perfora. **Objetivo:** Presentar un caso de triple perforación intestinal por un mondadientes y su revisión bibliográfica. Masculino, 83 años, alcoholismo suspendido hace 7 años. Presenta dolor abdominal tipo cólico en hemiabdomen inferior, de 18 horas de evolución con irradiación difusa al resto del abdomen, acompañado de vómito gastrointestinal y fiebre. A la EF resalta taquicardia, adoncia total, distensión abdominal, timpanismo, signo de Joubert+, peristalsis aumentada y rebote generalizado; paraclinicamente con leucocitos: 8,400, creatinina 4.0. Radiológicamente con aire libre subdiafragmático bilateral, edema interasa y niveles hidroaéreos. Se realizó LAPE encontrando tres perforaciones a 110 cm del asa fija con un mondadientes entre dos de ellas, múltiples adherencias y líquido libre purulento (300 ml). Se resecaron aproximadamente 10 cm de ID y se realizó EEATT Biplano. Evolución satisfactoria con egreso hospitalario al noveno día. **Discusión:** Existen múltiples factores que favorecen la ingestión de cuerpos extraños como son los extremos de la vida, pacientes con adoncia o psiquiátricos y toxicomanías. La localización más frecuente de perforación es en íleon terminal, seguido del rectosigmoides o del ciego según las series revisadas. Sólo el 21% de los casos presenta aire libre subdiafragmático y únicamente el 15% de los pacientes recuerdan haber ingerido un objeto extraño; la mortalidad por perforación fluctúa entre 18-20%.

254 TC-258

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS COMPLICADO CON INTUSUSCEPCIÓN. INFORME DE UN CASO

Beauregard PGE, Pavón DRFI, Garciacabañez CG, Alonzo CCA, Castañeda FJL, Rivas MLM

Hospital Dr. Juan Graham Casasus. Secretaría de Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Resumen: El Síndrome de Peutz-Jeghers es una enfermedad hereditaria autosómica dominante, caracterizada por pigmentación mucocutánea y poliposis gastrointestinal. Presentamos un caso típico de este síndrome, en paciente femenino de 18 años de edad la cual presenta pigmentación mucocutánea y poliposis gastrointestinal, complicada con un cuadro de oclusión intestinal secundaria a intususcepción ileo-ileal; intervenida quirúrgicamente con resección intestinal y anastomosis término-terminal. Evolución clínica satisfactoria, con buena tolerancia a la vía oral, canalización de gases por recto, sin datos infecciosos, motivo por el cual es egresada de nuestra institución al sexto día del posoperatorio.

255 TC-260

SECOND LOOK LAPAROSCÓPICO: INFORME DE 4 CASOS ULTERIORES A RESECCIÓN INTESTINAL POR ISQUEMIA MESENTERICA

Ángeles SJ, García GR, Luna SD, Saldaña CJ, Hernández GR, Villalvazo NJ
Hospital General de Occidente SSJ, Zapopan Jal.

Antecedentes: La isquemia mesentérica es una urgencia quirúrgica con una tasa de mortalidad de hasta el 80% y se requiere reintervención en muchas ocasiones, lo que alarga e intensifica la respuesta inflamatoria del paciente, favoreciendo aumento de la morbilidad. **Objetivo:** Se presenta el reporte de cuatro casos de resecciones intestinales por isquemia mesentérica aguda que fueron sometidos a reexploración por medio de laparoscopia. **Informe de los casos:** Caso 1: masculino de 82 años con isquemia de 1.5 m a 50 cm del treitz y 50 cm de válvula ileocecal. Caso 2: masculino de 49 años con isquemia 2 m a 100 cm del treitz y 30 cm de válvula ileocecal. Caso 3: masculino de 88 años con isquemia de 2.1 m a 100 cm del treitz y 40 cm de válvula ileocecal. Caso 4: femenino de 55 años con isquemia de 1.9 m a 100 cm del treitz y 50 de válvula ileocecal. A todos se les realizó resección + anastomosis, se dejó trócar para "second look" laparoscópico 48 horas después. **Resultados:** Dos fistulas enterocutáneas, un paciente perdido, una relaparatomía con nueva resección y dos decesos. **Conclusiones:** La revisión de los pacientes con isquemia mesentérica es casi obligada. El pronóstico es malo por la alta mortalidad, consideramos que el second look laparoscópico en los centros donde se dispone, es una herramienta útil para la evaluación de los pacientes, evitando la relaparatomía y los cambios en la respuesta inflamatoria, favoreciendo la cicatrización en un paciente con ya bastantes alteraciones inflamatorias.

256 TC-274

PREVALENCIA DE APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA FMUAC, TORREÓN, COAHUILA

Galván F, Barrera A, Zambrano J, Morales E, Duarte M
Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila. Torreón.

Antecedentes: La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente de la infancia pudiendo presentarse a cualquier edad, aunque es más frecuente entre los 6 y los 10 años y excepcional antes de los 2 años. Se estima que de los pacientes con abdomen agudo, más del 50% corresponden a apendicitis aguda. **Objetivos:** Investigar la prevalencia real de apendicitis aguda y fase de ingreso a nuestro hospital. **Material y métodos:** Revisión de 63 expedientes clínicos de pacientes que ingresaron y se diagnosticó apendicitis aguda en el periodo de enero de 1999 a noviembre del 2002. El estudio se

diseñó por la captura de datos de forma tabular a fin de organizar la información relevante de las variables de interés como edad, sexo, fase clínica transoperatoria y diagnóstico histopatológico. En la estadística inferencial o inductiva, se utilizó un nivel de confianza de 0.95 y un margen de error de 0.05. **Resultados:** De los 63 pacientes estudiados 33 fueron varones (52.38%) y 30 mujeres (47.62%), la edad promedio de acuerdo al sexo fue en los hombres de 24.1 años y 28.9 en las mujeres encontrando un rango de 6 a 66 años. En cuanto a la fase clínica transoperatoria se obtuvo los siguientes resultados: blancas 4 (6.35%) casos, Fase I 10 casos (19.05%), Fase II 24 casos (36.5%), Fase III 11 casos (17.46%) y Fase IV 14 casos (20.63%). El diagnóstico anatómopatológico fue el siguiente: 32 casos (50.7%) apendicitis supurada, 17 casos (26.9%) apendicitis supurada con perforación, (22.23%) 14 casos de otras variedades. **Conclusiones:** Obtuimos una mayor frecuencia en el sexo masculino, presentándose con mayor frecuencia durante la tercera década de la vida tanto en hombres como en mujeres. Las fases clínicas más frecuentes fueron las II y IV con un 36.51% y 20.63% respectivamente. El porcentaje de apéndices blancas en nuestro hospital es de 6.35%, el cual es menor al reportado en la literatura, pero ello es explicable a que a nuestro hospital llegan pacientes derivados de otras clínicas o instituciones retrasando su estudio y diagnóstico.

257 TC-278

ENFERMEDAD DE CROHN EN EL ANCIANO. REPORTE DE UN CASO

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

Antecedentes: La enfermedad de Crohn puede ocurrir a cualquier edad, la incidencia mayor está entre los 15 y 29 años de edad. Aunque se reporta un segundo pico de inicio entre la 6ta y 8va década de la vida. Si bien, la presentación clásica puede ser fácil de reconocer, en muchos individuos los síntomas se han ignorado por años. **Objetivo:** Reportar el caso de una paciente de 86 años que presenta perforación intestinal como primera manifestación de enfermedad de Crohn. **Presentación del caso:** Femenina de 86 años, portadora de artritis reumatoide, 72 h de evolución con dolor abdominal, náusea y vómito gástrico en 3 ocasiones, fiebre y ataque al estado general. Se encuentra consciente, desorientada, deshidratada, taquicárdica, abdomen globoso, distendido, doloroso en fossa ilíaca derecha, se palpa plastrón, con irritación peritoneal, peristalsis abdominal. Rx de abdomen con distensión de asas de intestino delgado, resto normal. Se somete a LAPE encontrando perforación puntiforme de íleon a 35 cm de la válvula ileocecal, se realiza resección intestinal con EEATT. Patología reporta: Enfermedad de Crohn. Su evolución es satisfactoria. **Conclusión:** La enfermedad de Crohn es rara en los ancianos, y la perforación intestinal es poco frecuente (1 a 3%). El neumoperitoneo sólo se observa en el 20% de los casos y es muy raro en las perforaciones de íleon.

258 TC-286

TRAUMA DUODENAL: UNA LESIÓN DIFÍCIL

Molotla-Xolalpa C, García-Cruz R, Almanza-Cruz S, Herrera-Ruiz J, Calzada-Ramos M
Hospital de Traumatología "Lomas Verdes", IMSS. Naucalpan, Edo Mex.

Antecedentes: La lesión duodenal comprende sólo un pequeño porcentaje del total de lesiones abdominales. Por su localización retroperitoneal, el diagnóstico y tratamiento quirúrgico se ven complicados y la mortalidad se eleva. La vasta mayoría de los casos pueden ser manejados con procedimientos simples. Otras técnicas disponibles son la derivación duodenal y la resección duodenal. **Objetivo:** Determinar el tipo de tratamiento quirúrgico actual y la mortalidad de la lesión duodenal en un centro hospitalario de México. Material y métodos: Revisión retrospectiva del registro de trauma abdominal de 62 casos de lesión duodenal de los años 1989 a 2002 identificando mecanismo de lesión, sitio de lesión, tratamiento quirúrgico, lesiones abdominales asociadas y mortalidad. **Resultados:** De los 62 casos reportados en 13 años el 58.0% de las lesiones duodenales

fueron provocadas por proyectil de arma de fuego, siguiendo 24.1% por trauma cerrado y 14.5% por arma punzocortante. La porción duodenal afectada por orden de frecuencia fue: la segunda (29.0%), la tercera (27.4%), la primera (14.5%) y la cuarta (12.9%). Hubo una lesión de 2 porciones en 16.1% de los casos. La mortalidad total fue de 30.6% siendo del 8.0% en el transoperatorio, 12.9% en el postquirúrgico inmediato y del 9.6% tardía. Los 3 órganos principalmente afectados fueron: el hígado (29.0%), el intestino delgado (25%) y el colon (24.1%). La pleura se lesionó en 19.35% de los casos. El tipo de reparación más utilizada fue el cierre primario en 31 casos. **Conclusiones:** La lesión duodenal es una entidad rara aún en centros de traumatología que permanece con alta mortalidad principalmente por las lesiones asociadas. Es obligatorio descartar lesiones asociadas torácicas y abdominales, así como conocer las opciones quirúrgicas de este tipo de lesión.

259 TC-301

DIVERTÍCULO DE MECKEL, PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Vistrain F, Guerrero JF, Pérez Y, Palacios R, Lozano H, Santillán J
Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos.

Resumen: Se presentan tres pacientes con hallazgo de divertículo de Meckel, dos femeninos, y un masculino, manifestando cuadro de abdomen agudo. Los paraclinicos mostraron leucocitosis y neutrofilia, radiológicamente con asa de delgado centinela y niveles hidroáreos. Requirieron tratamiento quirúrgico encontrando uno con perforación con peritonitis localizada, torsión del mismo y oclusión intestinal, y otro con diverticulitis. Manejados con resección intestinal y anastomosis término-terminal; un paciente asistido por laparoscopia.

Discusión: El divertículo de Meckel, es un divertículo verdadero, y consiste en la persistencia del conducto onfalomesentérico que comunica el saco amniótico con el intestino primitivo medio, el cual involuciona entre la 5° y 7° semana de vida intrauterina. Su frecuencia es entre 0.14 y 4.5%, con manifestación aguda de 17 al 21%, predominio en varones. Con complicaciones presentadas como hemorragia de tubo digestivo, obstrucción intestinal, inflamación, perforación o hernia de Littré; de donde deriva su cuadro clínico. En el 55% de los divertículos de Meckel se puede encontrar tejido ectópico predominando mucosa gástrica (60 a 80%), tejido pancreático (5-16%) y raros como tejido colónico, duodenal, yeyunal, hepático y endometrial. Las lesiones malignas se presentan en un 0.5 al 4.9%. **Conclusión:** El divertículo de Meckel en nuestro hospital, representa el 0.27% de casos de 1,111 cirugías en un periodo comprendido de 18 meses, que representa la estadística en la literatura. El tratamiento es la resección en cuña o resección intestinal y anastomosis término-terminal, que puede ser por laparotomía o asistido por laparoscopia.

260 TC-302

NEUMATOSIS INTESTINAL EN PACIENTE SENIL. REPORTE DE UN CASO

Pérez Y, Guerrero JF, Vistrain F, Palacios R, Lozano H, Santillán J
Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Resumen: Presentamos paciente femenino de 88 años, con cuadro de 45 días de evolución, dolor y distensión abdominal. Se manifestó con anemia, sin leucocitosis, tiempos prolongados; radiografías de abdomen con distribución anormal de aire intestinal y libre subdiaphragmático; topográficamente con aire extraintestinal. Sometida a laparotomía exploradora, con hallazgos de neumatosis intestinal. **Discusión:** La neumatosis intestinal se caracteriza por colecciones quísticas de gas en la subserosa o submucosa de la pared del tracto gastrointestinal. En la patogénesis se han propuesto tres fuentes del gas: Intraluminal, producción por bacterias y gas pulmonar. La etiología es múltiple y existen diversos factores para su desarrollo, como el aumento de presión intraabdominal (vómitos, obstrucción o seudo-obstrucción intestinal, endoscopia), lesión de la mucosa intestinal (defectos de la mucosa, alteración de la barrera inmune), ruptura alveolar en enfermedad pulmonar. Las manifestaciones clínicas son atípicas, puede presentarse diarrea, sangre en las eva-

cuaciones, dolor abdominal, constipación, pérdida de peso, tenesmo. Los estudios paraclínicos y de imagen son útiles para descartar otras patologías y sospechar este diagnóstico, el cual es de exclusión. El tratamiento médico se basa en oxígeno inspirado al 70-75% a 8 l/min. y antibióticos. **Conclusión:** La neumatosis intestinal es poco frecuente y la integridad de la mucosa, la presión intraluminal, flora bacteriana, y el gas intraluminal interactúan en su formación. La radiografía y la tomografía computada son los estudios de mayor utilidad en el diagnóstico. El manejo médico puede realizarse en muchos pacientes y la cirugía se reserva para las complicaciones y en caso de no tener diagnóstico.

261 TC-305

OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA DIFERENCIADO, CASO CLÍNICO

Perez GR, Santaella M, Villena F, Becerra J, Paredes H, Martínez R Hospital Juárez de México.

Paciente masculino de 51 años de edad. Inicia su padecimiento caracterizado por dolor periumbilical tipo cólico, el cual posteriormente se irradia hacia ambas fosas ilíacas, acompañado de náuseas, vómito de contenido gástrico y biliar, 24 horas previos a su ingreso presenta incapacidad para canalizar gases y evacuar, plenitud post-prandial. Acentuándose el dolor abdominal, siendo incapacitante, y lo obliga a adoptar posición antiálgica, por lo que acude a unidad hospitalaria. EF: Paciente consciente, tranquilo, con posición antiálgica, se palpa abdomen globoso, timpánico, con peristalsis metálica, dolor a la palpación superficial en ambas fosas ilíacas, rebote positivo, Mc Burney positivo, ampolla rectal vacía, próstata aumentada de tamaño. PSA con imagen de ileo generalizada, niveles hidroaéreos en FID, ante el cuadro oclusivo se interviene encontrando asas intestinales distendidas, líquido de reacción inflamatoria, apéndice cecal congestivo e hiperhémico, con lesión blanquecina en la base apendicular de aprox .5 cm, se explora resto de cavidad encontrando lesión indurada blanquecina en ileon a 60 cm de válvula ileocecal con distensión intestinal previa a la lesión, la cual reduce la luz en un 90%, se identifica una lesión de mismas características en superficie hepática derecha de aprox 1 cm, indurada blanquecina, por lo que se realiza resección intestinal y anastomosis término-terminal, apendicectomía. **Diagnóstico:** adenocarcinoma diferenciado.

262 TC-306

CASO CLÍNICO DETUBERCULOSIS PERITONEAL EN UN PACIENTE DE 17 AÑOS

Perez GR, Santaella M, Villena F, Becerra J, Paredes H, Martínez R Hospital Juárez de México.

Paciente masculino de 17 años de edad, residente del municipio de Totolapa, Chiapas, México. Inicia su padecimiento 1 mes previo a su ingreso, caracterizado por presencia de tumoración en FD aproximadamente de 5 cm, 22 días previos a su ingreso se agrega al cuadro clínico fiebre cuantificada de hasta 39.6°C, la cual no tiene predominio de horario, y no mejora con tratamiento antipirético, 6 días previos a su ingreso se agrega náuseas y vómito de contenido gástrico, además de intolerancia a la vía oral, astenia, anorexia, aumento de volumen de la tumoración y plenitud postprandial. EF: paciente consciente, presencia de desnutrición GII, deshidratación de mucosas y conjuntivas, abdomen con peristalsis abolida, presencia de tumoración de aproximadamente 10 cm adherida a planos profundos no móvil, dolorosa a la palpación, timpanismo abdominal, al tacto rectal ampolla vacía y esfínter normal, resto normal. PSA la cual demuestra rechazo de asas de delgado hacia cuadrantes izquierdos, además de imagen de ileo intestinal, niveles hidroáreos, UESG con dx de pb ameboma vs absceso apendicular. Se interviene encontrando gran crecimiento de cadena ganglionar mesentérica, quiste mesentérico de aspecto caseoso, adherencias que involucran colon transverso, descendente y estómago. Con posibilidad dx de linfadenitis mesentérica por pb tb peritoneal vs linfoma. **Diagnóstico:** Tubercolosis peritoneal.

Trabajos en cartel

263 TC-308

FÍSTULA COLECISTODUODENAL SECUNDARIA A ASCARIASIS DE LAS VÍAS BILIARES

Llerenas MOA, González HMA, García RA. Presentador: Dr. Ángel Llerenas Montes de Oca
Enfermería Militar de Apatzingán, Mich.

Antecedentes: El 90% de las fistulas biliointestinales se originan en pacientes con colecistitis aguda o crónica litiasica. Otras causas menos frecuentes incluyen úlcera péptica, cáncer pancreatobiliar e intestinal, tuberculosis, salmonellosis y papilotomía endoscóptica.

Objetivo: Presentar con imágenes un caso de fistula colecistoduodenal secundaria a ascariasis de la vía biliar y revisión de la literatura. **Informe del caso:** Paciente femenina 49 años de edad, procedente del área rural con múltiples cuadros de cólico vesicular que se somete a tratamiento quirúrgico con resultados satisfactorios. Se concluye que se debe tener presente esta entidad etiológica en todo paciente de nivel socioeconómico bajo o procedente del área rural con fistula biliointestinal sin litiasis.

264 TC-318

RESECCIÓN ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ-ITESM

Tijerina LO, Leal R, González RR, Villegas CO, Gálvez CA Hospital San José-Tec de Monterrey, EGRAM-ITESM; Monterrey, N. L., México.

Antecedentes: La cirugía laparoscópica se ha convertido actualmente en una herramienta sumamente útil. La factibilidad de realizar procedimientos intestinales es ya una realidad. El presente trabajo comprende una variante en el manejo del divertículo de Meckel asistido por laparoscopia, demostrando la capacidad de realizarlo en forma mínimamente invasiva y conservando, además, bajos costos de producción. **Metodología:** Se expone un caso de resección laparoscópica de un divertículo de Meckel sintomático complicado, utilizando 2 trócares de 5 mm, 1 de 10 mm y 1 de 12 mm. Se lleva a cabo una revisión de los reportes de 8 casos de resección laparoscópica de divertículo de Meckel en la literatura mundial, incluyéndose resultados y complicaciones. Nuestro paciente es un femenino 30 años de edad con antecedente de dolor pélvico de 6 meses de evolución, acompañado de dismenorrea severa y dispareunia. Se somete a una laparoscopia diagnóstica sospechándose endometriosis. Durante la cirugía se corrobora la presencia de endometriosis, siendo muy leve, y una diverticulitis de Meckel adosada al fondo de saco. Se realizó una resección de éste asistida por laparoscopia. **Resultados:** Aun cuando se trata de un caso aislado, la paciente evolucionó satisfactoriamente. Su estancia hospitalaria fue de 24 hrs. y el tiempo operatorio de aproximadamente 1 hr. No hubo necesidad de conversión y no se presentó ninguna complicación perioperatoria. El estudio definitivo de histopatología reportó diverticulitis aguda y crónica. **Conclusiones:** La resección del divertículo de Meckel asistida por laparoscopia es un procedimiento seguro y económico.

265 TC-332

GIST: REPORTE DE DOS CASOS

Cerda CL, Alcocer GP
Hospital Cemain, Tampico.

Antecedentes: El gastrointestinal stromal tumor (GIST) es una neoplasia poco frecuente, de difícil diagnóstico y de pronóstico incierto.

Objetivo: Reportar la experiencia obtenida con dos casos clínicos de GIST que se presentaron como abdomen agudo. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de dos casos clínicos operados en octubre 2001 y agosto 2002, su forma de presentación, cirugías realizadas, evolución y seguimiento a la fecha. **Resultados:** Fueron dos casos del sexo masculino de 49 y 17 años de edad, de ambos su presentación clínica fue de abdomen agudo, uno con líquido libre (hemoperitoneo) en la cavidad y el otro con datos de oclusión intes-

tinal. En ambos se realizó resección intestinal amplia. El diagnóstico fue corroborado por estudios de inmunohistoquímica. Su evolución postoperatoria fue buena en ambos. La sobrevida del paciente joven fue de sólo 9 meses y el otro paciente tiene sobrevida actual de 19 meses, asintomático. En ninguno se manejó terapia adyuvante. **Conclusiones:** El GIST es una entidad que se tiene que tener presente en casos de neoplasias del aparato digestivo y su diagnóstico es únicamente con estudios de inmunohistoquímica.

266 TC-338

COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS METÁLICA AUTOEXPANDIBLE COMO TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO EN ESTENOSIS POST-QUIRÚRGICA, DE UNA GASTRO-YEYUNO ANASTOMOSIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Castro-Ruiz JM, Hernández-Guerrero A, Alonso-Lárraga JO, Sobrino CS, Sánchez del Monte J.

Departamento de Endoscopia, Instituto Nacional de Cancerología. S.S.A.

Presentación del caso: Masculino de 46 años, campesino, Karnofsky 60%, talla 1.65 m, peso 75 kg. AHF: Hermano DM II, padre finado por Ca vesícula. APNP: Originario de Guerrero, residente de Morelos, campesino, casado, católico, alcoholismo positivo. APP: Negados. PA: Disfagia progresiva de 6 meses de evolución, odinofagia, dolor retroesternal. Por endoscopia (28/12/01) se le diagnosticó un cáncer gástrico Borrman III con extensión a tercio inferior de esófago, el cual por histopatología se reportó como un adenocarcinoma poco diferenciado, difuso, con células en anillo de sello. Se etapificó como un estadio IV (T3, N3, M0), sometiéndose a dos ciclos de quimioterapia con platino-etiopósido (01/2002). Posteriormente se efectuó gastrectomía total D2 con resección de tercio distal de esófago y esofagoyeyunoanastomosis en Y de Roux (23/01/02). Un mes después de la cirugía manifestó disfagia grado III y odinofagia. Se realizó estudio baritado en el que se observó una estenosis central, recta de aproximadamente 3 cm. A la endoscopia (27/02/02) se verificó una estenosis casi total, por lo que se decidió llevar a cabo un protocolo de rehabilitación mediante dilatación combinada con dilatadores de Savary-Guilliard y balón esofágico colónico CRE de 16-20 mm de diámetro y 5 cm de longitud. No hubo respuesta al manejo con dilatadores durante 5 meses y aún cuando por patología no se encontró actividad neoplásica a nivel de la anastomosis, se colocó una prótesis expandible (08/07/02) no cubierta de 20 mm x 60 mm con sistema de liberación de un solo paso (Boston Scientific). Se egresó a las 24 hrs. con tolerancia a la vía oral. Al control endoscópico (14/08/02) se observa migración de endoprótesis 3 cm por debajo de anastomosis y estenosis a nivel de la misma, se realiza dilatación endoscópica satisfactoria. Migración de prótesis enteral a intestino delgado (21/08/02). Se realiza LAPE (26/08/02) y enterostomía, retiro de endoprótesis, se intenta colocación endoscópica de prótesis enteral a nivel de la anastomosis siendo fallida. Paciente es egresado el 31/08/02 tolerando adecuadamente la vía oral con dieta blanda. Actualmente su evolución satisfactoria, continúa con protocolo de dilatación endoscópica bimensual, tolerando adecuadamente la vía oral y sin datos de actividad tumoral en los controles endoscópicos y por patología.

267 TC-339

CARCINOIDE DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO

Suásteegui HJ, Niño SJ, Blanco BR, Moreno PF, Caballero LC
Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS, México Distrito Federal.

Antecedentes: La intususcepción en el adulto representa el 1% de las obstrucciones de intestino, 5% de todas las intususcepciones y 0.003-0.02% de las admisiones hospitalarias. Objetivo del estudio: Análisis y presentación de un caso de intususcepción intestinal por tumor carcinoide de intestino delgado como causa de oclusión intestinal. **Informe del caso:** Masculino 43 años con antecedente de estreñimiento crónico y enfermedad diverticular. Inició su padeci-

miento hace 3 meses con cuadro de oclusión intestinal que mejora con manejo médico, presenta dos nuevos cuadros e ingresa al Hospital de Especialidades en donde se maneja médica con mejoría. Se estudia con colonoscopia encontrando tumor en ileon distal sin observarse válvula ileocecal, pólipos hiperplásicos a 10 cm del margen anal y enfermedad diverticular. Colon por enema con imagen ocupativa en colon ascendente. TAC con imagen de invaginación intestinal integrando el diagnóstico. Se realiza laparotomía exploradora encontrando invaginación ileoascendente, realizando hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis con buena evolución. El reporte histopatológico fue intususcepción intestinal secundaria a tumor carcinoide. **Resultados:** La intuición clínica y el estudio dirigido del paciente con oclusión intestinal determinan un diagnóstico nosológico completo y un tratamiento quirúrgico oportuno. **Conclusiones:** La intususcepción es rara en adultos. Se presenta con síntomas intermitentes y crónicos, haciendo el diagnóstico preoperatorio difícil. La TAC es el método radiológico más útil para el diagnóstico. La resección quirúrgica es el tratamiento. Casi la mitad de las intususcepciones son asociadas con malignidad. Presentamos un caso de tumor carcinoide de intestino delgado como causa de intususcepción.

268 TC-345

RESPUESTA FISIOLÓGICA Y MANTENIMIENTO DE LA VÍA ORAL CON IMPLANTE DE YEYUNO SOBRE COLON POSTERIOR A RESECCIÓN INTESTINAL MASIVA

Cornejo LGB, Foyo NE, De Santiago S, García J, Bravo P
Hospital de Especialidades y Bioterio del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Antecedentes: El síndrome de intestino corto es un reto terapéutico para el cirujano, por la dificultad para aumentar la superficie de absorción y los pobres resultados del transplante intestinal. **Objetivo:** Evaluar la tolerancia la vía oral y la respuesta fisiológica al implante de yeyuno sobre colon posterior a resección intestinal masiva. **Métodos:** Estudio longitudinal. 42 ratas Sprague-Dawley. 1) Grupo control (GC) ratas bajo estrés quirúrgico; 2) Grupo Yeyuno-íleon (GYI), resección del 50% de intestino delgado, anastomosis término-terminal con íleon; 3) Grupo Yeyuno-colon (GYC), resección del 50% de intestino delgado, el yeyuno remanente se extendió en forma de parche sobre colon transverso. Mediciones de ganancia de peso, Ca, Mg y Zn antes y a 90 días de cirugía, albúmina e IGF-1 antes, a 45 y 90 días. Histopatología de yeyuno y colon. **Resultados:** GYC Incremento del diámetro del yeyuno injertado en colon (5 vs 1.3 cm), aumento tamaño de vellosidades ($p < 0.05$), ganancia en peso, albúmina, absorción de nutrientes y mantenimiento de la vía oral durante 90 días, disminución plasmática de IGF-1 ($p < 0.05$) comparada con el preoperatorio, GC y GYI. Conclusiones: Esta nueva técnica quirúrgica demuestra su potencial aplicación en el tratamiento del síndrome de intestino corto.

269 TC-347

INTUSUSCEPCIÓN EN ADULTO. REPORTE DE UN CASO

Vaca PE, Rojas S
Hospital Central «Dr. Ignacio Morones Prieto» San Luis Potosí, SLP.

Antecedentes: Paul Barbete describió a mediados del siglo XVII la intususcepción intestinal sugiriendo manejo quirúrgico. La primera operación exitosa fue realizada por Jonathan Hutchinson en 1871 en un infante. Posteriormente Hirschsprung en 1876 publicó la primera serie de casos donde describió manejo no quirúrgico. Esta entidad es más común en pacientes pediátricos con una incidencia de 2.4 casos por 1,000 RN vivos a diferencia del adulto donde es muy rara ocupando el 1 al 5% de las obstrucciones intestinales. Objetivo: Reporte de un caso. **Caso clínico:** Masculino de 34 años de edad con antecedente de dolor abdominal intermitente de 6 meses de evolución. Acudió por cuadro de oclusión intestinal de 72 hr de evolución. A la EF con datos de abdomen agudo por lo que es interveni-

do quirúrgicamente encontrándose una invaginación yeyuno-yejunal que comprometía un segmento de 60 cm por lo que se realizó resección y anastomosis término-terminal. Su evolución postoperatoria fue favorable egresándose al 5º día.

INVESTIGACIÓN

270 TC-053

UTILIDAD DEL ETIL-2-CIANOACRILATO EN EL CIERRE PRIMARIO DE HERIDAS TRAUMÁTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA"

Delgado CCA
Hospital Metropolitano «Dr. Bernardo Sepúlveda» S.S.N.L.

Antecedentes: El manejo convencional de las heridas traumáticas en los Servicios de Urgencias es a base de sutura con los consiguientes costos, tiempo de aplicación, estrés psicoafectivo (en niños) y la necesidad de una segunda visita para su retiro, sin embargo, existe un grupo de sustancias conocidas como «pegamentos tisulares» entre los cuales está el etil-2-cianoacrilato el cual es barato, sencillo de aplicar, indoloro y de buena aceptación psicoafectiva (tanto por los pacientes niños como por sus padres) y con buenos resultados. **Objetivo:** Demostrar las ventajas costo-tiempo-beneficio-resultados del uso del etil-2-cianoacrilato como manejo alternativo para el cierre primario de heridas traumáticas, principalmente en niños desde el punto de vista de costo, rapidez de aplicación, cosmético y psicoafectivo. **Método:** Se reunieron 100 pacientes con heridas traumáticas (cara 68%) 68 masculinos y 32 femeninos, predominando los niños aprox. 60%, heridas menores de 5 cm y menos de 6 horas de evolución, se utilizó la aplicación de etil-2-cianoacrilato como método alternativo en el cierre primario de heridas en vez de la sutura convencional revalorándose a los 7 y 15 días. **Resultados:** Resultado de bueno a excelente en la totalidad de los pacientes desde el punto de vista cosmético, resultados similares a la sutura, con menores costos, menor tiempo de aplicación y mejor tolerancia psicoafectiva. **Conclusiones:** El etil-2-cianoacrilato es un material demostrado que causa mínima a nula reacción en el organismo humano, con buena aceptación por parte de los pacientes, muy económico, de buenos resultados cosméticos y de rápida aplicación en Urgencias.

271 TC-056

USO DEL POLIDOCANOL EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LOS GANGLIONES DE LA MUÑECA

Ostos MLJ, Gómez HV, Leyva GO
Hospital General Regional 1, IMSS, Querétaro, Qro.

Material y métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, del 10. de noviembre del 2001 al 31 de enero del 2003, 70 pacientes con ganglio en muñeca menores de 3 cm. Bajo anestesia local y asepsia se aspiró el contenido del quiste y se inyectaron de 1 a 2 ml de polidocanol al 3%, colocando vendaje elástico por una semana; se prescribió analgesia oral por razón necesaria y se registraron dolor trans y postoperatorio, tiempo del procedimiento, incapacidad requerida, tiempo para reintegrarse a las actividades cotidianas y laborales; revisión a los 7, 30 y 90 días. **Resultados:** 70 pacientes, 28 masculinos y 42 femeninos, rango de edad de 14 a 68 años, media de 29, tiempo del procedimiento en el 100% menor a 5 minutos, 17 pacientes (24.3%) requirió incapacidad entre 3 y 7 días, 27 pacientes (38.6%) refirieron dolor leve durante el procedimiento y 23 (32.8%) de leve a moderado en el postoperatorio, sólo 5 pacientes (7.1%) tomó algún analgésico oral. El 95.7% de los pacientes regresó el mismo día a sus actividades cotidianas y el 78.5% (55 casos) regresaron a sus labores a los 3 días y el resto antes de los 7 días. Hubo 19 recidivas (27.1%) después del procedimiento, disminuyó a 8 (11.4%) después de un segundo intento y 3 pacientes (4.2%) se sometieron a tratamiento quirúrgico. **Conclusiones:** El tratamiento ambulatorio de los ganglios de la muñeca mediante escleroterapia

pia con Polidocanol al 3% es un procedimiento útil, de bajo costo, fácil de realizar y con poca recidiva.

272 TC-145

PRESIÓN INTRA-ABDOMINAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIA

Betancourt AM, Mondragón SA, Berrones SG
ISSSTE, Hospital Regional 1o. de Octubre.

El objetivo del presente estudio fue la medición de la presión intraabdominal en pacientes que fueron sometidos a cirugía abdominal de urgencia y correlacionar los hallazgos con la patología encontrada y la severidad de la misma. El diseño del estudio fue observacional, prospectivo, abierto y, en el que se incluyeron a los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con dolor abdominal y que después de su valoración clínica se determinó que serían sometidos a cirugía abdominal de urgencia. A estos pacientes se les hizo una medición de la presión intravesical por medio de la colocación de una sonda de Foley, se realizó vaciamiento vesical y se instilaron 50 cc de solución de NaCl al 0.9%, posterior a ello se conectó la sonda a un manómetro tomando como punto 0 la sínfisis pública. Los resultados fueron que se realizó la medición de la presión intraabdominal por método indirecto en 56 pacientes que fueron sometidos a cirugía abdominal de urgencia, siendo la apendicitis la patología más frecuentemente hallada (55.35%), es seguida de la colecistitis (25%), patología tubo-ovárica (7.14%), pancreatitis aguda (5.35%), enfermedad diverticular complicada (5.35%) y hernia interna con perforación intestinal (1.78%). Posterior a la realización de la medición de las presiones se encontró que el 64.2% de los pacientes no presentaron una elevación significativa de la PIA (< 10 mmHg), el 21.4% entraron en grado I de PIA según la clasificación de Burch (10-15 mmHg), el 14.2% se clasificaron en grado II (15-25 mmHg) y no se presentó ningún caso de grado III o IV. Las conclusiones obtenidas fueron que a pesar de presentarse una patología abdominal meritoria de manejo quirúrgico, no hay relación con elevaciones significativas de la PIA cuando la patología es leve y sin proceso séptico abdominal, pero se encontró una estrecha relación entre elevaciones importantes de la misma con la severidad de las patologías por lo que más que otro criterio clínico para apoyar un diagnóstico, la PIA puede tener un valor pronóstico importante en los pacientes con abdomen agudo.

273 TC-182

IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN OPORTUNA DE POTENCIALES DONADORES DE TRASPLANTE CON MUERTE CEREBRAL

Bazán BA, López MJA, González GA, Urbina GR, Galindo TJ, Espinoza HR, Hernández CE, Elnécaeve LL
Hospital Juárez de México, SSA. México, D.F.

Introducción: El trasplante de donador cadáverico es una alternativa para los pacientes con IRCT, prolonga y mejora su calidad de vida. En el Hospital Juárez de México, S.S.A, se lleva a cabo el Programa de trasplantes de donación cadáverica (PTDC), del cual no sólo se han obtenido los riñones, sino otros órganos y tejidos. Convertir los potenciales donadores de órganos en donadores reales es trabajo de equipo multidisciplinario, sujeto a fracasos de tipo multifactorial. **Objetivo:** Presentar los resultados de nueve años de experiencia del (PTDC), en el Hospital Juárez de México, en la detección de potenciales donadores de trasplante (PDT), con muerte cerebral (MC), y su conversión a donadores reales, entendiendo como potencial donador a todo paciente que por sus condiciones clínicas al momento de su detección pudiera ser candidato a donación de órganos. Se realizó un estudio retrospectivo, lineal, de potenciales donadores de trasplante captados en el Hospital Juárez de México, con diagnóstico clínico de (MC), a partir del mes de enero de 1993 al mes de julio de 2002. Fueron excluidos todos los casos detectados con (MC) que por sus condiciones clínicas no podían donar órganos. Los pacientes fueron detectados en diferentes servicios claves tales como: Urgencias, Neurocirugía, Neurología, Unidad de

cuidados intensivos de adultos y de pediatría. Todas las solicitudes de donación fueron realizadas por personal capacitado del equipo de trasplantes, misma responsabilidad que recae a partir de mayo del año 2001 en la Coordinación Hospitalaria de Trasplantes (CHT). Ante la detección de un (PDT) se notificó inmediatamente a la Coordinación misma que se encargó del enlace con el equipo multidisciplinario (Médicos Trasplantólogos, Psicología, Trabajo Social) Las técnicas para recabar la información del (PDT) en forma inicial fue mediante revisión de expediente clínico. En todos los casos se realizó apoyo de intervención en crisis a los deudos a cargo de Psicología, manejo Tanatológico del caso a cargo de la (CHT) aplicación de protocolo de estudios de idoneidad del donador a cargo del equipo médico, certificación de la muerte cerebral a cargo del Servicio de Neurología y Neurocirugía, ajenos al Programa de Trasplantes, manejo de listas de espera, y solicitud de donación a cargo de la (CHT), ubicación y contacto con los posibles receptores a cargo de Trabajo Social, manejo del caso médico legal a cargo del Responsable Sanitario, procuración de órganos a cargo del equipo quirúrgico, distribución de los órganos a cargo de la (CHT), entrega del cadáver a cargo de Trabajo Social. **Resultados:** Se detectaron 85 (PDT), 55% del sexo femenino y 45% del sexo masculino, las edades se encontraban entre 1 año y 80 años, con una media de 35 años. El 40% de ellos eran casados, el 10% en unión libre y el 5% eran menores dependientes, y el 45% solteros. La causa de fallecimiento fue 35 casos por Trauma Craneoencefálico, 30 por EVC, 10 por Tumor cerebral primario, 4 por Neurocisticercosis, y 5 variadas. El tiempo de estancia hospitalaria promedio desde su ingreso hasta su detección como (PDT) fue de 10 días, el tiempo empleado desde su detección hasta la certificación de la (MC) fue de 7 hrs, el tiempo empleado desde la certificación de la (MC) hasta la resolución en casos médico legal fue de 10 hrs promedio. Del total de (PDT), 32 casos se logró la donación y procuración de órganos de los cuales en 20 casos aceptaron la multidonación. Todos los órganos, excepto riñón y córneas fueron ubicados a los hospitales correspondientes a través del Registro Nacional de Trasplantes. Los motivos de aceptación que se reportaron: 1) Querer ayudar a otras personas; 2) En vida manifestó el (PDT) querer ser donador de órganos y; 3) Que el donador viviera en otras personas. En 14 casos hubo aceptación a la donación pero no se procuraron los órganos; en 9 casos de tipo médico legal porque el paciente falleció antes de concluir el trámite en el Ministerio Público y 5 por haber fallecido el (PDT) antes de que se pudieran extraer los órganos, en estos últimos se logró obtener córneas. En 8 casos que corresponden a médico legal no fue posible el trámite ante el MP porque 1) los familiares carecían de documentos, 2) caso legal complicado, o 3) siniestro ocurrido fuera del área metropolitana (pacientes de traslado). 31 casos no aceptaron donar por 1) aspectos religiosos, 2) paciente desconocido, 3) no se encontraba el familiar responsable, 4) molestos por mala atención hospitalaria, 5) simplemente no aceptaron. En total, de 85 (PDT) 54 familias sí donaron, obteniéndose en 31 casos órganos y tejidos, en 5 casos solo corneas, y en 17 casos no se pudo procurar. En 8 casos tipo médico legal se procuraron órganos y en 17 casos de donación aceptada (ML) se perdió la donación de un total de 25 casos médico legal. En 31 casos la familia no aceptó la donación. **Conclusiones:** Es necesario el trabajo de equipo multidisciplinario, para detectar, estudiar, certificar, y procurar órganos en los casos de (PDT). El trámite ante las autoridades correspondientes de casos médico legal fue un factor importante de pérdida de donaciones reales. Un alto número de familias no donó. Se requiere mayor cultura de donación de órganos.

274 TC-213

COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS APLICADAS EN DESGARRO PERINEAL

Martínez MRM, Garnelo CS, Ayala GMA, Ramírez BEJ
Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

Introducción: La incontinencia anal es la pérdida involuntaria de heces o gases del intestino, situación tal que representa un problema biopsicosocial para el paciente. Las lesiones mecánicas que pro-

vocan incontinencia, observadas con más frecuencia son las lesiones obstétricas posteriores a una episiotomía media o a un parto traumático ya sea fortuito o instrumentado. **Objetivo:** Comparar dos técnicas quirúrgicas en pacientes que presentan desgarro perineal de 3er grado durante la atención del parto vaginal. Material y métodos: Se realizó un ensayo clínico controlado en pacientes que presentaron desgarro perineal de 3 grados, durante el parto vaginal; la técnica de levatoplastía (afrontamiento de la fascia rectovaginal), se comparó con la reparación perineal por medio de la técnica estándar (no afrontamiento de la fascia). Se evaluó a las pacientes por medio de un encuesta para incontinencia anal a los 7, 21 y 90 días del evento. Se aplicó χ^2 para comparar los grupos con una alfa de 0.05. **Resultados:** Se incluyeron 200 pacientes en el periodo de diciembre 1999 a diciembre 2001. Cien pacientes con asignación aleatoria al Grupo I (técnica estándar) y 100 pacientes al Grupo II (Levatoplastía).

Grupo	7 días	21 días	90 días
I	13% Incontinentes, 50%	0% Incontinentes, 38%	0% Incontinentes, 12%
	Parcialmente continentes, 37% Bien continentes	Parcialmente continentes 62% Bien continentes	Parcialmente continentes, 88% Bien continentes
	4% Incontinentes, 14%	0% Incontinentes, 4%	0% Incontinentes, 0%
	Parcialmente continentes, 82% Bien continentes	Parcialmente continentes, 96% Bien continentes	Parcialmente continentes, 100% Bien continentes
II			

p < 0.05

Conclusiones: En este estudio se demostró que es mejor la técnica de Levatoplastía que la técnica estándar para la reparación de desgarros perineales post-parto.

275 TC-247

LIPOSARCOMA EN MUSLO DERECHO (REPORTE DE UN CASO)

González M, Jonguitud V, Kleinfinger S, Galicia A, Sánchez F

Los liposarcomas ocupan el segundo lugar de los tumores de tejidos blandos y se agrupan en 5 grandes subtipos morfológicos: bien diferenciado, mixoides, células redondas, desdiferenciado y pleomórfico. El liposarcoma desdiferenciado es una variante interesante del liposarcoma bien diferenciado y se define como una neoplasia biológica, en la que un sarcoma histológicamente diferente de alto grado se yuxtapone a un liposarcoma bien diferenciado. Los liposarcomas desdiferenciados son raros fuera del retroperitoneo, pero existen reportes con aumento de su frecuencia. Presentamos el caso de un paciente masculino de 77 años de edad con antecedente de alcoholismo que desde hace 22 años presentó una masa en región de muslo derecho, que fue aumentando de tamaño durante este período, particularmente en los últimos dos años. Acudió con médico tratante por imposibilidad de andar en bicicleta. A la EF presentaba una masa en muslo derecho, desde la región inguinal hasta la rodilla, móvil y no dolorosa. Pulsos femorales y distales normales. Se realizó resección completa del tumor, sin complicaciones. El reporte histopatológico fue de liposarcoma desdiferenciado.

276 TC-321

RESEÑA HISTÓRICA DE LA HEMOSTASIA EN MÉXICO

Mier OJM, Baqueiro CA
Hospital Español de México.

Resumen: El objetivo de este trabajo fue realizar una investigación de los métodos hemostáticos que se han ido empleando a través de

los años, desde el surgimiento de la cirugía moderna como hoy se entiende, hasta mostrar imágenes desde los primeros instrumentos hemostáticos, hasta los materiales sintéticos que hoy se utilizan.

277 TC-328

ALTERACIONES DEL POTASIO EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS

Hernández JM, García SMJ
Hospital Metropolitano «Bernardo Sepúlveda».

Objetivo: Determinar si el trauma quirúrgico, produce una elevación significativa del potasio, para justificar la no utilización del mismo en las primeras horas del postoperatorio. **Material y métodos:** Se incluirán todos los pacientes que requieren un procedimiento quirúrgico, de marzo a mayo del 2003. Los cuales tengan electrolitos séricos preoperatorios dentro de lo normal. Ver si existe una elevación en potasio postoperatorio, los cuales se tomarán dentro de las primeras 12 hs, tomando como referencia potasio de 3.5 a 4.5, los cuales son analizados en mismo laboratorio del hospital con equipo Vetro 250, se excluyen pacientes con IRC, DM2, transfusión preoperatoria. Dentro de las variables es K preoperatorio y postoperatorio, cirugía realizada, edad, duración de la cirugía. Se incluyeron 27 pacientes. Resultados de los 27 pacientes, 15 son del sexo femenino y 12 masculino, 17 cirugía de urgencia y 10 electiva, dentro de la cirugía de urgencia hubo elevación en el 58%, en cuanto a cirugía electiva hubo elevación en 80%, cirugía con duración más de 120 minutos, elevación en un 88.8%. **Conclusiones:** Como se refiere en la literatura, si existe una elevación en el postoperatorio en la mayoría de las cirugías. Sin embargo, no es significativa ya que la elevación fue mínima; no más de 1 mEq, por lo que consideramos que en pacientes en los cuales el potasio preoperatorio sea normal se debe de iniciar potasio en las soluciones del postoperatorio inmediato, sin miedo de producir una hipercalemia, como lo menciona la literatura.

MICROCIRUGÍA

278 TC-080

SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO: RESULTADOS CLÍNICOS EN EL POSTOPERATORIO TARDÍO

Rodríguez OM, Moyeda BR, Sarmiento HO, Gutiérrez GG, Medina ESG
Hospital Regional Monterrey del ISSSTE.

Antecedentes: El cirujano en formación y el especialista en microcirugía, enfrentan a menudo la patología quirúrgica de la mano, con la cual deben estar familiarizados para procurar la atención oportuna y adecuada del enfermo. **Objetivo:** Analizar los resultados de la liberación quirúrgica del nervio mediano en pacientes con síndrome del túnel del carpo (STC) en nuestra población hospitalaria. **Material y métodos:** Se estudiaron 47 pacientes con STC previamente tratados en forma conservadora sin mejoría y en quienes se decidió realizar la liberación del nervio mediano mediante la sección abierta del ligamento transverso del carpo. Los pacientes fueron valorados en su postoperatorio tardío, evaluándose por clínica en cada uno de ellos dolor, sensibilidad y fuerza muscular. **Resultados:** Se consideraron resultados excelentes en el 77%, cuando hubo mejoría clínica notable en los tres parámetros evaluados; resultados regulares en el 10%, cuando mejoraron al menos en dos parámetros; malos resultados en el 13%, cuando no hubo mejoría en ninguno de ellos o cuando clínicamente empeoró el dolor. **Conclusiones:** El manejo conservador inicial y el consentimiento informado por parte del paciente antes de la cirugía son indispensables, debido a las posibilidades de malos resultados, que aunque bajas, son de considerar en el posquirúrgico tardío; aún así la opción de tratamiento quirúrgico en aquellos pacientes con STC en los que el tratamiento conservador no ofreció mejoría considerable, sigue siendo una adecuada alternativa terapéutica a seguir.

279 TC-081

SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO: INFERENCIA NEUROFISIOLÓGICA Y SU CORRELACIÓN CLÍNICA

Moyeda BR, Rodríguez OM, Sarmiento HO, Gutiérrez GG, Medina ESG
Hospital Regional Monterrey del ISSSTE.

Antecedentes: Los conocimientos del cirujano ante una patología de la extremidad superior, deben incluir el dominio de las pruebas vasculares, radiológicas y electrofisiológicas para un diagnóstico diferencial certero de las entidades de mayor prevalencia en la población general. **Objetivo:** Demostrar la utilidad de los estudios de conducción en el diagnóstico del síndrome del túnel carpiano, apoyando su diagnóstico diferencial, en nuestra población hospitalaria; estableciendo un lineamiento diagnóstico. **Material y métodos:** Muestra de 37 casos donde se evaluaron clínicamente parestesias, dolor y pérdida de la fuerza muscular de la mano y signos de Tinel y Phalen; así como la realización de electroneurografía (ENG) del nervio mediano con determinación de velocidad de conducción sensitiva (VCS) y latencia motora distal (LMD) y electromiografía (EMG) de eminencia tenar. **Resultados:** Los índices neurofisiológicos se analizaron según las recomendaciones de la American Association of Electrodiagnostic Medicine, tomándose como parámetros de alto grado de certeza diagnóstica en el STC la evaluación de la VCS del segmento muñeca-palma y como grado moderado de certeza la LMD del segmento muñeca-tenar, encontrándose disminuida la primera en el 27%, la ulterior en el 14% y ambas en tan sólo 5%. **Conclusión:** La correlación entre la afección clínica y neurofisiológica quedó bien establecida en el 46% de los pacientes, en 31% se encontraron alteraciones inespecíficas en la ENG en diferentes segmentos metaméricos de la extremidad superior, siendo reportado como normal el 23% restante de los estudios neurofisiológicos en pacientes clínicamente enfermos.

NUTRICIÓN

280 TC-033

VENA ÁCIGOS; UNA OPCIÓN PARA NUTRICIÓN PARENTERAL

Talleri DAG, Gómez HE, Espinoza D, Ochoa AM, Perez VN, Candelas DTO
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente

Antecedentes: El abordaje inicial para colocar un catéter central con el fin de alimentar a un paciente por vía parenteral son las venas subclavias, seguidas por las yugulares y femorales. Sin embargo, en pacientes con hiperalimentación prolongada y trombosis venosa de los accesos vasculares más frecuentes, ya sea por múltiples punciones o enfermedades intrínsecas, es necesario buscar alternativas viables para colocar dicho catéter. **Objetivo del estudio:** **Reporte de caso.** Informe: Paciente masculino de 20 años de edad, tabaquismo y alcoholismo de 5 años de evolución 20 cigarros diarios, consumo de marihuana y cocaína aislado. Fractura de tobillo y rótula a los 16 y 19 años, alérgico a vancomicina. Trombosis mesentérica nov. del 2001, posterior al cual se realiza yeyunostomía a 20 cm del treitz con fistula mucosa de ileon a 10 cm de la válvula ileocecal. Reintervención quirúrgica para resección complementaria de colon y yeyuno. Antecedente posterior al evento mencionado de 8 colocaciones y retiro de catéter venoso central en subclavias, femorales y vena cava inferior para nutrición parenteral. Múltiples hospitalizaciones por sepsis de catéter. Diagnóstico posterior de síndrome antifosfolípido, con deficiencia de antitrombina III, que condiciona problema intrínseco. Venografías repetidas reportan trombosis de venas subclavias, yugulares, femorales y cava inferior. El paciente es programado finalmente para colocación de catéter central en vena ácigos de manera quirúrgica mediante toracotomía. **Resultados:** Se colocó catéter central tipo Hickman vía toracotomía derecha dentro de la vena ácigos por punción, fijación interna con polipropileno 000, sin complicaciones. El paciente conservó el catéter por 7 meses con hiperalimentación. **Discusión/conclusiones:** La colocación de catéter central vía toracotomía en la vena ácigos es

una muy buena opción como vía de alimentación parenteral total en pacientes cuyos accesos vasculares más accesibles no son posibles de realizar.

281 TC-126

¿CÓMO DETERMINAR EL PESO Y LA TALLA EN UN PACIENTE QUE NO SE PUEDE MOVILIZAR?

Galindo ML, Hernández CJR, Gómez CG, Bautista ZC, Torres MJ
Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza".

Objetivo: Desarrollar la metodología para inferir el peso y la talla de los pacientes clínicamente enfermos que no pueden ser pesados ni medidos por métodos tradicionales en pacientes mexicanos. **Pacientes y métodos:** Se determinó la distancia talón-rodilla con un calibrador plástico (Ross-Abbott ®) en 30 pacientes mexicanos que se podían pesar y medir por métodos tradicionales, 14 mujeres (46.6%) y 16 hombres (53.3%), con una media de edad de 42.4 años internados en el servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza. A partir de este dato, se calcularon el peso y talla usando la fórmula de fabricante (Ross-Labs) para población blanca. **Resultados:** Se compararon los valores calculados para peso y talla con el calibrador contra los valores obtenidos con el método tradicional con báscula y estadiómetro. Dado que se pretende validar el método de inferencia de peso y talla con el calibrador, se determinó el coeficiente de correlación lineal, para el de peso fue de $r = 0.89$ y para la talla de 0.81. **Conclusiones:** El método indirecto para determinación por inferencia del peso y talla con calibrador talón-rodilla es un método útil con una correlación aceptable, y se recomienda su utilización en los pacientes adultos que no pueden ser pesados ni medidos por métodos tradicionales. El método no ha sido validado en pacientes obesos.

282 TC-283

DESNUTRICIÓN SEVERA EN PACIENTE CON TCE, SECUNDARIO: REALIZACIÓN ERRÓNEA DE UNA COLOSTOMÍA PARA ELIMINACIÓN

Gilortiz MR, Montoya RJ, Lozano DG, Oviedo MV
Hospital Médica Sur, México D.F

Paciente masculino de 24 años con antecedentes de accidente automovilístico el pasado 01 de marzo del 2002 causando un traumatismo craneoencefálico severo con secuelas neurológicas que condicionaban una paraplejía, acudió a un centro médico hospitalario del sector salud en donde se le realizó su tratamiento neurológico y fue programado un mes después de su ingreso a una gastrostomía laparoscópica para alimentación, fue egresado 30 días después de ese hospital, el paciente continúa con seguimiento en su domicilio, fue hasta el pasado octubre del 2002, es decir 7 meses después del accidente cuando ingresa al Hospital Médica Sur con desnutrición severa peso de 35 kg, con talla de 1.80 m para estudio. En el interrogatorio llamó la atención el antecedente de que al administrar la alimentación por la sonda de gastrostomía el paciente presentaba diarrea abundante, motivo por el cual decidimos realizar fistulografía a través de la sonda de alimentación, demostrando que ésta se encontraba en el colon transverso, motivo por el cual el paciente tenía una desnutrición severa, se decide realizar una gastrostomía por vía endoscopia e iniciar NPT y dieta elemental por sonda de gastrostomía, el manejo de la fistula colónica fue conservador retirando la sonda de colostomía para cierre de la fistula colónica la cual cerró espontáneamente a los 8 semanas y el paciente mejoró clínicamente su estado nutricional, actualmente pesa 70 kg y la mejoría neurológica del paciente es buena.

ONCOLOGÍA

283 TC-038

CONDROSARCOMA RETROPERITONEAL EN TEJIDOS BLANDOS COMO RECIDIVA DE PRIMARIO PÉLVICO

Ochoa AM, Gómez HE, Castro JM, Casillas CL, Arenas QR, Talleri DAG, Espinoza HJD
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: El condrosarcoma es un tipo de cáncer de hueso que se desarrolla en las células de cartílago. El condrosarcoma es el segundo tumor óseo más frecuente. Su pronóstico es malo. Son raros los condrosarcomas en tejidos blandos y rara la recidiva extraósea, son de difícil acceso operatorio y resistentes a la radioterapia. **Informe:** Masculino de 39 años de edad, sin antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas, antecedente de resección de tumor en pelvis en 1992 y en el año 2000. Paciente con antecedente de tumor en pelvis posterior izquierda, el cual se le realiza resección y con resultado histopatológico de osteocondroma. En el año 2000 acude a nuestra institución referida, por tumoración en pelvis izquierda, se realizan estudios y se realiza enucleación de tumoración pélvica en cara posterointerna con resultado histopatológico de condrosarcoma bien diferenciado. Paciente presenta buena evolución siendo controlado en consulta externa, se le realiza Rx y Tomografía de abdomen en el año 2003, demostrándose tumoración calcificada por arriba de cresta ilíaca izquierda. Se interviene quirúrgicamente, encontrándose tumoración dependiente de psoas ilíaco sin contacto con hueso pélvico, con histopatológico a condrosarcoma. **Conclusiones:** Las metástasis a partes blandas secundarias a condrosarcomas son muy raras, se deben de tener en cuenta en el control y evolución en estos pacientes para su intervención oportuna, el manejo es totalmente quirúrgico y evitando contaminación a otros tejidos ya que este tipo de tumores es resistente a terapias paliativas.

284 TC-046

CARCINOMA CANALICULAR INFILTRANTE PRIMARIO DE GLÁNDULA MAMARIA AXILAR DERECHA. INFORME DE UN CASO

Noriega MO, Guevara TL, Reyna RT, Falcón ER
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, S.L.P, S.L.P.

Antecedentes: El cáncer de mama en nuestro país ocupa el segundo lugar de todos los tipos existentes, únicamente abajo del CaCu. Esta neoplasia puede afectar a todo el tejido mamario independientemente de su topografía. El diagnóstico de mama ectópica es difícil y puede confundirse con lipomas u otras lesiones benignas; esto hace más complicada la sospecha de neoplasia en este tejido. Para 1995 estaban reportados mundialmente alrededor de 90 casos de carcinoma en mama ectópica; 64 de los cuales se presentaron en axila. La sobrevida no varía realizando mastectomía radical/modificada sobre excisión local más disección axilar o radiación. **Objetivo:** **Informe de un caso.** Caso: Femenino 38 años, con tumoración axilar derecha de 2 meses de evolución, 3 cm de diámetro, móvil, consistencia firme, indolora, única, bordes regulares, sin afectación de mama; diagnosticada clínicamente como probable lipoma. Excisión bajo anestesia local el 11-04-01. Reporte histopatológico Ca canalicular infiltrante de glándula mamaria axilar derecha, bordes libres. Mamografía del 26-04-01 normal. Se realiza disección axilar derecha nivel I el 21-05-01 reportando 12 ganglios linfáticos libres de neoplasia, únicamente hiperplasia mixta. La paciente está en control sin AT hasta el momento. El diagnóstico de cáncer en mama ectópica es difícil. Sin embargo, se requiere sospecharlo y realizar biopsias tempranas de lesiones axilares o en la línea mamaria embrionaria para ofrecer un mejor pronóstico.

285 TC-063

PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN TUMOR RETROPERITONEAL

Rojas BL, Viveros EJM, Solares SME, Soel EJ, Morales MJG, Calderón FF
División de Urología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, México D.F.

Las neoplasias primarias del retroperitoneo se originan del mesodermo, neuroectodermo o remanentes embrionarios en el 75, 24 y 1% respectivamente y las variantes histológicas más frecuentes son:

Sarcomas, linfomas, tumores de células germinales y carcinomas. Sin embargo los sarcomas retroperitoneales, constituyen el 55% de los tumores retroperitoneales primarios malignos. Los estirpes más comunes son: Liposarcoma 50%, leiomiosarcoma 29%, hemangiosarcoma 6%, fibrosarcoma 5%, rabdomiosarcoma 1%. Los síntomas son dolor, anorexia, pérdida de peso y masa palpable, aunque son más frecuentes los ocasionados por compresión de estructuras adyacentes al tumor. El tratamiento sigue siendo la resección completa, con resultados desalentadores de la quimio y radioterapia. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente asintomático que debuta con un síndrome doloroso abdominal agudo, secundario a ruptura y sangrado del tumor. **Informe del caso:** Masculino de 29 años sin antecedentes, que inicia con dolor abdominal difuso, cólico, incapacitante, que evoluciona a choque hipovolémico; se somete a LAPE sospechando apendicitis complicada, encontrando tumor sangrante retroperitoneal en zonas I y II bilateral del polo renal izquierdo a cresta ilíaca ipsilateral, que involucra grandes vasos, se realiza control de daños y se toma biopsia, con reporte de rabdomiosarcoma embrionario. **Discusión y conclusiones:** La presentación de los tumores retroperitoneales como sangrado profuso y choque, sin síntomas previos es inusual y se presenta en menos del 10% de los casos, por lo que en un hospital general escuela, debemos tener presente la patología para evitar diagnósticos y abordajes que compliquen la cirugía.

286 TC-074

LINFOQUISTE BILATERAL COMO COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO RADICAL EN CÁNCER GINECOLÓGICO. REPORTE DE UN CASO

López CA, Keller P, Manzanares G, Muñoz D, Ríos J
Hospital Mocel, Ciudad de México, Grupo Ángeles.

Antecedentes: El linfoquiste o linfocele es una colección de líquido retroperitoneal que puede ocurrir como complicación posterior a la cirugía radical ginecológica, especialmente secundaria a linfadenectomía. Actualmente la incidencia ha disminuido como consecuencia del perfeccionamiento en la técnica quirúrgica. El diagnóstico es clínico y se confirma con Ultrasonografía y TAC. El tratamiento incluye observación, aspiración simple, drenaje percutáneo, escleroterapia, escisión y marsupialización. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente sometida a tratamiento radical por CACU adenoescamoso ECIIb que desarrolló linfoquistes bilaterales. Presentación del caso. Femenino de 34 años, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico desde los 21, con carcinoma adenoescamoso de cérvix. Fue sometida a LAPE y linfadenectomía pélvica bilateral en otra institución. Tratada con radioterapia de pelvis total con 45 Gy. Un mes después presentó dolor pélvico, hipertermia, tumor en hipogastrio y ambas fosas ilíacas, edema inguinal y vulvar, parametros lisos, abombados y dolorosos. TAC: linfoquistes pélvicos bilaterales, derecho 8.7 x 7.2 cm, izquierdo 6 x 4 cm. Se practica drenaje percutáneo guiado por TAC, obteniéndose 875 cc del lado derecho y 80 cc del lado izquierdo, así como colocación de catéter doble «J» por obstrucción ureteral bilateral. 10 días después se retiran drenajes percutáneos. A los 28 días recidivan de linfoquistes, por lo que se somete a LAPE. **Resultados:** Se realiza LAPE, resección parcial de linfoquistes y marsupialización e histerectomía total complementaria. Reporte histopatológico: cérvix con focos microscópicos de carcinoma epidermoide intraepitelial; quistes fibróticos con inflamación crónica. A lo largo de tres meses, recidiva en 2 ocasiones más, realizándose nuevos drenajes percutáneos. Un mes después de la última recidiva, TAC de control sin evidencia de recurrencia de LQPB, únicamente enteritis post-radiación. El examen citológico del líquido reporta reacción inflamatoria. Conclusiones: 1) El tratamiento del CACU ECIIb más adecuado hasta el momento es la radioterapia, y no debe ser operado de primera instancia. 2) El tratamiento inicial de los linfoquistes debe ser el drenaje percutáneo, con permanencia de los catéteres por 3-4 semanas. 3) Éste procedimiento puede ser repetido en varias ocasiones de ser necesario y en ausencia de complicaciones. 4) La marsupialización del linfoquiste pélvico (LQP) se debe realizar una vez que el drenaje percutáneo no ha resuelto el problema.

287 TC-109

CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PENE. REPORTE DE UN CASO

Sánchez SR, Gómez ME.
Hospital Regional de Río Blanco, Veracruz. S.S.A.

Introducción: El carcinoma epidermoide del pene constituye el 1% de las neoplasias en varones. Más frecuente entre los 50 y 70 años. En circuncidados es virtualmente inexistente. La fimosis se encuentra relacionada, así como el VPH tipos 16 y 18. Manifestaciones: masa o úlcera, induración persistente del glande o prepucio que progres a descarga purulenta fétida; dolor mínimo. Localización: glande (48%), prepucio (21%), glande y prepucio (9%), surco coronal (6%), base del pene (< 2%). Diagnóstico: clínico y biopsia de la lesión. Las metástasis se valoran con examen clínico, radiografía de tórax, TAC, gammagrama óseo, PFH's, calcio, disección ganglionar o citología por aspiración ganglionar. Tratamiento: Según localización y tamaño de la lesión: Limitada al prepucio: circuncisión; *in situ*: crema de fluorouracilo; infiltrante: amputación radical o parcial, disección de ganglios linfáticos y radioterapia; metástasis a distancia: paliativo con radio o quimioterapia. Sobrevida a 5 años: 80% sin enfermedad ganglionar, 35% con enfermedad ganglionar. Informe del caso: Masculino de 32 años, campesino, tabaquismo positivo, inició con lesión ulcerosa en prepucio, posterior deformidad del surco coronal, dolor y descarga purulenta fétida. Exploración: adenomegalías inguinales bilaterales, aumento de volumen del pene, induración y lesión verrugosa en surco coronal, fétida, no dolorosa. Biometría hemática, PFH's, calcio y radiografía de tórax normales. Tratamiento: falectomía total y disección ganglionar bilateral; quimioterapia y radioterapia. Reporte histopatológico: Carcinoma epidermoide bien diferenciado, ulcerado, verrugoso de glande con infiltración a cuerpo esponjoso/cavernoso, límites quirúrgicos sin neoplasia; ganglios linfáticos inguinales con carcinoma epidermoide metastásico. **Conclusiones:** El carcinoma del pene es poco común, el tamaño de la lesión se encuentra directamente relacionado con el pronóstico. No ocasiona un problema de salud pública pero es importante la detección temprana con biopsia de lesiones que no respondan a tratamiento médico.

288 TC-120

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL

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

Antecedentes: El liposarcoma es un tumor mesenquimatoso maligno derivado de los lipoblastos. Su etiología es desconocida. El liposarcoma puede desarrollarse en cualquier zona del organismo, pero tiene predilección por las extremidades inferiores y el espacio retroperitoneal. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con liposarcoma retroperitoneal gigante. **Presentación del caso.** Femenino 66 años, padecimiento de 4 meses con sensación de plenitud postprandial así como estreñimiento progresivos acompañados de aumento de volumen intraabdominal. Se le encuentra tumor gigante intraabdominal, se solicita US y TAC que reporta tumor gigante retroperitoneal compatible con liposarcoma. Se realizó laparotomía con resección de tumor retroperitoneal de 40 x 20 x 20 cm con RHP de liposarcoma. Evolución postoperatoria satisfactoria y ahora sin recurrencia en 2 años. **Conclusiones:** El liposarcoma es uno de los sarcomas de partes blandas más frecuentes y puede alcanzar grandes volúmenes antes de manifestarse clínicamente. Un tercio se localiza en el espacio retroperitoneal. Con una mayor concentración estadística en la sexta década de la vida. El tratamiento de elección consiste en la extirpación quirúrgica del tumor. El papel de la radioterapia postoperatoria es controvertido. El pronóstico del liposarcoma varía dependiendo de su tamaño y tipo histológico. El liposarcoma mixoide bien diferenciado, de tamaño inferior a 10 cm, tiene el mejor pronóstico. La tasa de recurrencia es alta, estimándose que el 50% de los liposarcomas presentan recidivas locales. El tiempo medio libre de recurrencias locales es de 8 años.

289 TC-157

TUMOR UTERINO GIGANTE

Páez MM, Alonso JMA, García BC, Suárez ER, Medina GJC
Servicio de Cirugía General, Servicio de Ginecoobstetricia. Hospital General "Dr. Julián Villarreal" Instituto de Salud del Estado de México, ISEM Texcoco.

Antecedentes: Los reportes en la literatura de estos tumores son escasos, se han extirpado desde 11 kg a 40 kg de peso. En los últimos 2 años no se encontraron reportes. Presentamos 2 casos de tumores gigantes, uno de 12 kg que se diagnosticó como oclusión intestinal secundaria a tumor abdominal y otro referido al hospital por úlcera varicosa, y en la exploración tumor abdominal de 3.5 kg ambos dependientes de útero. **Objetivo:** **Presentación de dos casos.** Femenino de 34 a. con AGO, G: 1 P: 0 C: 1 FUR: 3 meses previos DOC: nunca. Acude a urgencias con dolor abdominal cólico, imposibilidad para canalizar gases, 15 días sin evacuar. Exploración física, abdomen globoso con red venosa superficial colateral, con masa sólida pétreas, móvil, de 35 X 30 cm diámetro, peristalsis de lucha. Se somete a laparotomía exploratoria, extirpándose tumoración dependiente de útero de 35 x 35 cm diámetro y peso 12 kg. El estudio histopatológico reportó leiomiosarcoma de alto grado. Femenino de 46 a. con AGO: G: 2 P: 1 C: 1, FUR: 14-04-03 DOC: Negativo. Referida al hospital por úlcera varicosa maleolar izquierda. Exploración física con tumoración abdominal desde hipogastrio hasta apéndice xifoides de 30 x 25 cm diámetro, lobulada, poco móvil, indurada, USG, 2 imágenes hipoeocoicas abdominal y uterina 246 X 143 mm. Se extirpa tumoración dependiente útero de 20 x 20 cm y peso de 3.5 kg. Histopatología reporta leiomoma. **Conclusiones:** Los tumores gigantes dependientes de útero, representan un descubrimiento raro en cirugía. En tumor de leiomoma gigante usualmente se realiza embolización de arterias ilíacas internas previo a la cirugía, en nuestras pacientes, una fue operada de urgencia, y en la otra no fue necesario este procedimiento.

290 TC-187

TUMOR DE CUERPO CAROTÍDEO. PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Millán HM, Rentería GM, Domínguez CL, Méndez VG, Núñez GE
Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE. México, D.F.

El tumor de cuerpo carotídeo es una neoplasia rara derivada del órgano quimiorreceptor localizado en la adventicia de la bifurcación de la carótida común; en su mayoría son benignos, el porcentaje de malignidad reportado varía del 2 al 50% y produce metástasis en el 5% de los casos aproximadamente. Puede ser esporádico o familiar donde es bilateral más frecuentemente; es más común en habitantes de grandes altitudes y se observa con mayor frecuencia en el sexo femenino. El primer intento de resección de este tipo de tumor lo hace Reigner en 1880. Debido a la incidencia del 5% o más de metástasis y la tendencia del tumor en crecimiento de incluir las estructuras neurovasculares vecinas en los casos postergados, lo que hace más riesgoso el tratamiento quirúrgico. El objetivo principal del tratamiento es la resección quirúrgica completa en estadio temprano, para disminuir la incidencia de lesión arterial o neurológica. El diagnóstico se realiza por hallazgos clínicos y se confirma por USG Doppler carotídeo, además de angiografía. Se presenta caso de paciente femenino de 75 años, a la cual se le aplicó adhesivo de fibrina (Tissucol) en tumoración 6 x 4 cm que se encontraba en la bifurcación de la carótida común derecha; trombosándose la misma, con lo que disminuyó de forma importante el sangrado transoperatorio durante su resección.

291 TC-326

PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL. DIAGNÓSTICO NO SOSPACHADO EN UNA PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

Muñoz AA, Harp AHZA, Sánchez RN, Serrano OR, Álvarez MJ

Hospital Juárez de México, División de Oncología, Departamento de Tumores Mixtos.

Resumen: Los paragangliomas en un 90% se localizan a nivel adrenal y en un 10% son denominados extra-adrenales, de éstos el 3% son de localización abdominal. El retroperitoneo es el más frecuente en abdomen. Menos del 5% son funcionales. Objetivo del estudio:

Presentación de caso. Femenino de 34 años, tabaquismo y alcoholismo negados, hipertensión arterial sistémica de reciente diagnóstico (2 meses), controlada con metoprolol (300 mg/día). Padecimiento actual de 3 años de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio, posteriormente irradiado a mesogástrico; refería al esfuerzo datos de dolor precordial y fatiga fácil. EF Tumor palpable en hipogastrio que al tacto vaginal bimanual dependía de útero; se ingresó por síndrome anémico, se realiza ultrasonido, el cual evidencia miomatosis uterina de grandes elementos y tumor retroperitoneal de 5 cm. La TAC revela lesión para-aórtica infra-pancreática de 4.3 x 4.5 cm, hipodensa, bien delimitada, regularmente vascularizada. Se realiza laparotomía con resección de tumor retroperitoneal y panhisterectomía por miomatosis uterina de grandes elementos. Patología reportó paraganglioma dependiente de células de Zuckerkandl. **Discusión:** Siempre es importante el diagnóstico, localización y tratamiento de los paragangliomas, debido a que son potencialmente curables, y principalmente hablando de aquellos que son tumores funcionales, previniendo así el riesgo de paroxismos hipertensivos letales, además que favorecer un diagnóstico temprano de tumores malignos, aunque su porcentaje sea bajo. Los paragangliomas, infrecuentes en el abdomen, deben formar parte del diagnóstico diferencial de un tumor abdominal paraaórtico en pacientes con HAS de reciente diagnóstico.

292 TC-337

PALIACIÓN ENDOSCÓPICA EN CÁNCER GÁSTRICO MEDIANTE LA COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS METÁLICA AUTOEXPANDIBLE. REPORTE DE UN CASO

Castro-Ruiz JM, Hernández-Guerrero A, Alonso-Lárraga JO, Sobrino CS, Sánchez DMJ

Departamento de Endoscopia, Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México.

Introducción: La paliación endoscópica con endoprótesis metálicas autoexpandibles, ofrece ventajas sobre la cirugía en etapas avanzadas del cáncer a nivel de tubo digestivo en general. El uso de endoprótesis metálicas autoexpandibles para el tratamiento paliativo de la disfagia, secundaria a cáncer gástrico no es lo común y en la literatura mundial son pocos los casos reportados. **Objetivo:** Presentar un caso de una paciente con carcinoma gástrico en etapa avanzada, con estenosis desde el cardias hasta el antró gástrico manejada con colocación de endoprótesis metálica autoexpandible.

Reporte del caso: Femenino de 71 años, Karnofsky 90%, talla 1.58 m, peso 59 kg. AHF: Dos hermanas finadas por Ca Cu y páncreas, prima finada por Ca Cu, y DM II. APNP: Soltera, labores domésticas, escolaridad primaria, nivel socio-económico medio bajo. Tabaquismo 3 cigarrillos por día, suspendido en 1991, alcoholismo de tipo social, ingesta de una taza de café al día. APP: Ca canalicular infiltrante, moderadamente diferenciado, mama izquierda, etapa clínica IIA (1991), mastectomía radical modificada tipo Patey (18/04/91). Recibió Qt 6 ciclos, y RT 5000cGy, adicionalmente recibió tamoxifen (7 años). En el 2000 evidencia de metástasis pulmonar, se reinicia TMX, se detecta hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca (CF II NYHA), manejada con inhibidor de la ECA, dirurético, digoxina. PA: En noviembre del 2002 presenta dolor epigástrico, urente, postprandial, con náusea y vómito de contenido alimenticio, ocasional y pérdida de peso de 2 kg. Se le realiza endoscopia (09/12/02) diagnosticándose cáncer gástrico Borrmann IV con afección desde cardias hasta tercio proximal de antró, ambas caras y curvaturas. El 21/01/03: Colocación de endoprótesis metálica autoexpandible Wallstent enteral endoprosthesys 22 mm diam/60 mm long. Evolución: El 22/01/03 Alta hospitalaria, asintomática, tolerando V.O. El 04/02/03: Consulta endoscopia, 49 kg, dolor epigástrico persistente, Rx abdomen normal. 18/02/03: Endoscopia con permeabilidad de la próte-

sis, colocación adecuada. 07/03/03: Ingreso a Urgencias, epigastria, pozos de café, hepatalgia, no irritación peritoneal. Manejo sintomático. 09/03/03: Alta por mejoría. 10/03/03: Urgencias, TA: 80/40, FC: 40 x', pO2: 80%, cs ps con hipovenitilación, rs cs rítmicos, bradicardia, abdomen con ascitis, peristalsis 12/03/03: Paciente con falla de bomba, que la lleva al cese de sus funciones vitales a las 2:00 AM.

293 TC-342

TIMOMA MIXTO EN ADULTO JOVEN. INFORME DE UN CASO

Vázquez-Martínez AM, Oros-Ovalle C, García-Perales M, Belmares-Taboada JA, Guevara-Torres L, Aguillón-Luna A
Hospital Central "Dr. I.M.P." S.L.P.

Antecedentes: El término timoma describe tumores derivados del componente epitelial del timo. Cerca del 20% de todas las masas mediastinales en el adulto son timomas, se presentan en pacientes > 40 años (70%), siendo muy raras en menores de 20 años. Localizadas en mediastino anterosuperior en más del 90%. **Objetivo:** Informe de un caso. Caso clínico: Masculino de 18 años sin antecedentes de importancia. Padecimiento de 3 meses de evolución con los productiva blanquecina nocturna, disnea de grandes esfuerzos, hipoxemia, astenia, adinamia, pérdida peso de 6 kg en dos meses. BH, QS, TP-TTP, frotis de sangre periférica normales, Rx PA de tórax: masa mediastinal, marcadores para tumores germinales negativos. TC de tórax: gran masa en mediastino anteroposterior, reforzando con medio de contraste, septos y zonas de mayor densidad, ejerciendo efecto de masa sobre estructuras vasculares, vía aérea y esófago, desplazándolos hacia la izquierda. Biopsia con aguja fina guiada por TC: pb. timoma, la inmunohistoquímica: timoma fusocelular. Resección mediante toracotomía posterolateral encontrando masa muy vascularizada, adherida firmemente a vasos, disección exitosa de la misma excepto en porción medial del tumor, que iba más allá de la línea media hacia hemitórax izquierdo, quedando tumor residual. Informe de patología: timoma mixto (fusocelular y linocítico) invasor. Evolución postquirúrgica favorable, egreso con radioterapia. **Conclusiones:** El timoma es el tumor primario más frecuente del mediastino anterior, comúnmente asintomático (60%), > 50% tienen síndromes paratímicos asociados como miastenia gravis (30-50%). Encapsulados, pueden invadir estructuras vecinas a pesar del tamaño (34%), prefiriéndose el término timoma invasor a "timoma maligno".

PÁNCREAS

294 TC-006

SECCIÓN PANCREÁTICA EN TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN: RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA. INFORME DE UN PACIENTE

Magadán SH, Vázquez SJH, Quintos JJM, Ramírez PJM, Salado SF
Departamento de Cirugía General, Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". ISSSTE.

Introducción: El traumatismo de páncreas es poco común y la mayoría se debe a traumatismos penetrantes (70-75%). Constituyen menos del 10% de todos los traumatismos abdominales, representando un desafío importante para su diagnóstico, sobre todo en trauma cerrado de abdomen. La mortalidad en los pacientes con traumatismos pancreáticos varía entre 12 y 30%. El diagnóstico se debe de basar en un alto índice de sospecha clínica con 1) dolor abdominal, 2) lesiones mayores que comprometen tórax o pelvis, 3) tendencia a la hipotensión, 4) elevación inexplicable de marcadores pancreáticos (amilasa sérica). Los métodos de imagen que se pueden emplear para el diagnóstico son: la ultrasonografía abdominal, la tomografía computada y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. **Presentación de un caso:** Paciente masculino de 15 años de edad quien sufrió trauma de abdomen cerrado posterior a golpearse con el manubrio de su bicicleta, presentando dolor difuso a nivel de epigastrio, siendo automedicado por sus padres, presentando a las primeras 24 horas náuseas y vómito en varias ocasiones

de contenido gástrico siendo llevado al hospital a las 48 h posterior al traumatismo, a su ingreso se encontraba con signos vitales estables con TA: 90/80, FR: 18x', Temp: 36.0°C, FC: 80x', a la E.F. Tórax con respiración superficial, ruidos cardíacos rítmicos y de buena intensidad sin agregados. Abdomen con hematoma a nivel de epigastrio, distendido, peristalsis disminuida, hiperestesia e hiperbaralgia aumentada, datos de irritación peritoneal fracos. Se realiza ultrasonografía de abdomen la cual no presenta lesión de bazo o hepática, no encontrando líquido libre, evolucionando posteriormente con aumento del dolor abdominal, se realiza tomografía computada de abdomen encontrándose imagen sugestiva de sección pancreática a nivel de cuerpo, clasificándose como traumatismo pancreático G-III. Se realiza laparotomía exploradora (LPE) encontrándose hemoperitoneo de 500 cc con tejido desvitalizado en colon transverso con abombamiento del ligamento gastrocólico, el cual se incide drenándose líquido hemorrágico colectado, y se procede a realizar la maniobra de Kocher y de Moniham para explorar el páncreas, encontrándose sección completa a nivel del cuerpo, se realiza pancreatectomía distal con esplenectomía, así mismo se explora posteriormente el colon transverso encontrándose trombosis de la cólica media y tejido desvitalizado en forma importante, realizándose colectomía subtotal, procedimiento de Hartman e ileostomía tipo Brooke, colocándose drenajes tipo Penrose hacia cada extremo pancreático. El paciente es admitido en la unidad de cuidados intensivos (UCI) en donde evoluciona satisfactoriamente, presentando fistula pancreática de bajo gasto (drenaje de 100 cc c/24 h), la cual se resolvió espontáneamente un mes posterior al acto quirúrgico; el tiempo de estancia hospitalaria fue de 2 meses, siendo egresado en adecuadas condiciones. Programándose reconstrucción para continuidad intestinal en forma electiva. Metabólicamente se encuentra sin alteraciones. Cuenta con laboratorios de control que se reportan posterior a su egreso: Glucosa: 97 mg/dl, Amilasa: 87, Lipasa: 36, Ca:12.0, Fósforo: 6.2, Mg:2.05, Na:141, K:4.89, Cl:104.2. A año y medio de seguimiento el paciente se encuentra metabólicamente estable y sin complicaciones. **Discusión:** Una vez realizada la evaluación preoperatoria o transoperatoria de las lesiones pancreáticas se debe realizar el procedimiento quirúrgico más adecuado, nosotros estamos seguros que para las lesiones pancreáticas GIII con sección del conducto distal a la izquierda de los vasos mesentéricos, el procedimiento quirúrgico de elección debe de ser la pancreatectomía distal con o sin esplenectomía, ya que además de ser un procedimiento quirúrgico seguro, no se ha reportado deficiencia endocrina, cuando se efectúa una resección pancreática menor del 80%. Como se reporta en este caso, la resección del 30 al 35% del tejido pancreático no presenta deficiencia endocrina o exocrina en el paciente. **Conclusiones:** En los traumatismos complejos de páncreas se debe tener un alto índice de sospecha y se requiere una minuciosa exploración durante el acto quirúrgico, es importante la obtención de métodos de imagen previos para valorar el páncreas, así como el estado del conducto pancreático principal, en caso de duda lo recomendable es la colocación de drenajes externos y realizar la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), en caso de presentarse sección pancreática a la izquierda de los vasos mesentéricos superiores sugerimos la realización de pancreatectomía distal con o sin esplenectomía, ya que es un procedimiento seguro y no conlleva a la deficiencia pancreática cuando no se reseca más del 80% del tejido, como en el presente caso.

295 TC-007

SCHWANNOMAS EN PÁNCREAS Y COLON: TUMOR GASTROINTESTINAL SUMAMENTE RARO

Rodríguez HRL, Lerma HA
Hospital General de Tampico.

Schwannomas son tumores benignos compuestos de células Schwann bien diferenciadas que se pueden originar de diferentes órganos y tejidos. Sitios comunes incluyen cabeza, cuello, mediastino y retroperitoneo, siendo de origen abdominal poco usual. El tumor gastrointestinal ocurre aproximadamente 60% en el estómago, 30% en el intestino delgado, y 10% ocurre en cualquier otra parte

del tracto gastrointestinal. Schwannomas gastrointestinal se origina de la vaina neuronal del plexo de Auerbach o, menos frecuente, del plexo de Meissner. Caso clínico: Femenina de 38 años fue admitida con dolor abdominal. Sonografía de abdomen reveló tumores en el retroperitoneo, tomografía visualizó dos tumores grandes, sólidos, homogéneos, bien demarcados y lobulados, uno anterior al páncreas y el otro en la fosa ilíaca derecha. Se efectuó exérésis quirúrgica de los tumores por laparotomía media. Un tumor fue removido de la cara anterior del páncreas y el otro de la pared del ciego. El examen patológico concluye: Microscópico dos grandes tumores de 22 cm y de 19.5 cm de diámetro, color gris/amarillento, tono naranja, consistencia ahulada, aspecto mixoide, lobulados. Microscópico nódulos de células Spindle bien diferenciadas, con arreas locales de fibrosis y metaplasia adiposa, arreas de mitosis anormal y atipia, y con una cubierta linfoide envolviendo al tumor.

296 TC-011

CISTOADENOMA DE COLA Y CUERPO PANCREÁTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ramírez CG, Lijo NA, De la Peña S, Zamora LJA, Ramírez RE, Calvillo G
Hospital General Tacuba del ISSSTE, México, D.F.

Antecedentes: Las tumoraciones pancreáticas son neoplasias de muy baja incidencia. Se debe diferenciar los quistes verdaderos de los pseudoquistes secundarios a pancreatitis aguda y/o trauma. En el 10% de los casos son múltiples. Macroscópicamente se dividen dos a.) Los adenomas microquísticas, conocidos como adenomas serosos, con frecuencia, en la población senil, sin predilección de sexos, con un diámetro entre 1 y 12 cm. Normalmente es múltiple, generalmente benigno. Sin potencialidad para malignización. b.) Los tumores macroquísticas o tumores mucinosos, generalmente en la población joven, con mayor frecuencia en el sexo femenino, generalmente con diámetro de 10 cm, encapsulados y multiloculados. Se manifiestan con dolor abdominal y cuadros de oclusión intestinal, generalmente son palpables. **Caso clínico:** Se trata de femenino de 62 años, con antecedentes de hipertensión arterial mal controlada y tabaquismo intenso desde su juventud. Presenta dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo, que presenta una masa definida en hipocondrio izquierdo, de aproximadamente 12 cm, fija a planos profundos. El USG demuestra masa quística prob dependiente de cola de páncreas, TAC tumoración multiquística dependiente de páncreas, CPRE normal. Se somete a exploración quirúrgica, realizando pancreatectomía distal y esplenectomía. Reporte definitivo de patología: Cistoadenoma seroso de páncreas. **Conclusión:** Las neoplasias quísticas de páncreas son muy raras. El diagnóstico definitivo requiere de análisis histopatológico, como método ideal. Las neoplasias distales pueden ser manejadas con pancreatectomía distal con o sin esplenectomía. El pronóstico es excelente para las tumoraciones serosas microquísticas.

297 TC-015

PANCREATITIS AGUDA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL

Tenorio TJA, Lijo NA, Ramírez CG, De la Peña S, Zamora LJA, Ramírez RE
Hospital General Tacuba ISSSTE. México D.F.

Antecedentes: La pancreatitis mantiene una gran morbilidad, predominantemente en su forma grave. Su etiología es predominantemente por patología biliar y por alcoholismo. En un 10-30% de los casos su etiología no se determina. El cuadro clínico puede ser leve hasta casos graves con choque, sepsis y falla orgánica múltiple. El manejo médico proporciona sólo una mortalidad del 2% para los casos leves y ésta se puede elevar hasta un 30% de los casos más graves. **Objetivo:** Reportar la experiencia y resultados de pancreatitis aguda en un hospital de 2º nivel, del servicio de Cirugía General. **Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional, longitudinal, retrospectivo, analizando los expedientes clínicos de enero de

1999 a diciembre de 2002. **Resultados:** Se identificaron 46 pacientes, con pancreatitis aguda, 17 mujeres con edad comprendida entre 19 y 66 años con una media de 52 años, así como 29 hombres con edades comprendidas entre 15-83 años con una media de 56 años. La causa etiológica fue biliar en un 36.9%, en un 34.7% encontramos etiología ligada al alcoholismo. En un 6% relacionada a CPRE, el 22% no se identificó causa aparente. El tiempo promedio de estancia en el hospital fue de 16 días. La mortalidad fue de 6.5%. **Conclusiones:** A pesar de tener un predominio masculino en nuestra población con pancreatitis, la etiología no es significativa para las principales causas descritas, en la literatura. La mortalidad global es baja, pero los casos graves continúan siendo causa de alta estancia hospitalaria y elevados costos institucionales.

298 TC-020

PANCREATITIS NECROHEMORRÁGICA QUIRÚRGICAMENTE MANEJADA CON PANCREATECTOMÍA SUBTOTAL: REPORTE DE UN CASO

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

Objetivo: Presentamos un caso de pancreatitis aguda, inicialmente hemorrágica, secundaria a colecistitis crónica litiasica, agudizada por piololecisto, que quirúrgicamente se resuelve mediante colecistectomía y empaquetamiento del epiplón mayor en el espacio peripancreático, envolviendo el páncreas hemorrágico y edematoso. Posteriormente se complica con absceso pancreático el cual se resuelve con pancreatectomía subtotal. **Material y métodos:** C.H.J. Hombre de 54 años, ingresa el 02-02-2002, con cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico localizado en hipocondrio derecho y epigástrico, progresivo hasta llegar a ser muy intenso, refiere tener náusea sin llegar al vómito, dis-tensión abdominal y fiebre no cuantificada. A la exploración física lo encontramos consciente y colaborador, con facies de dolor, febril (38.0°C), deshidratado, con taquicardia de 120x', sin descompensación hemodinámica, FR: 26x', ventilando adecuadamente. El abdomen está globoso a expensas de distensión abdominal, tenso, doloroso a la palpación superficial, hay signo de Murphy positivo franco y se palpa en epigastrio y mesogastro plastrón aproximadamente de 20 x 15 x 15 cm, que es doloroso a la palpación. Los exámenes de laboratorio presentaron FR con hemoconcentración, leucocitosis y neutrofilia así como desviación a la izquierda. QS con glucemia de 138 g, urea y creatinina normales, TP del 100%, plaquetas normales, sangre 0 + y amilasa sérica elevada. El USG confirma diagnóstico de colecistitis crónica litiasica agudizada por piololecisto, mostrando al páncreas con aumento de volumen sugiriendo una pancreatitis edematoso. Es llevado a quirófano ese mismo día realizándose colecistectomía abierta, la exploración del páncreas a través del ligamento gastrocólico, evidenció que dicho órgano estaba totalmente hemorrágico y aumentado de volumen en forma importante, por lo que se empaqueta el espacio peripancreático con epiplón mayor. Se envía a UCI. El 08-02-2002 se efectúa estudio de TAC de abdomen, mostrando progresión de la pancreatitis a la necrosis y la formación de absceso pancreático. Se mejoran sus condiciones y se reinterviene el 12-02-2002, realizándose lavado y drenaje de absceso, pancreatectomía subtotal y se deja yeyunostomía para nutrición enteral. Presentamos las imágenes de la TAC de abdomen, transoperatorias y de la pieza quirúrgica, así como de la evolución postoperatoria. **Resultados:** Reingresa a UCI con pronóstico grave y reservado, tiene falla respiratoria, hematológica y hemodinámica. Su manejo se hace aun más difícil por no contar con ventilador volumétrico, sin embargo al tercer día se extuba en forma accidental, tolerando adecuadamente la ventilación, se estabiliza hemodinámicamente y se corrige la anemia. Con apoyo nutricional enteral se mejora su balance nitrogenado negativo y evoluciona en forma lenta pero progresiva hacia la mejoría. Es egresado el 08-03-2002, continuando su control en la consulta externa. Sus glucemias actualmente son normales. En enero de 2003, se completa protocolo preoperatorio y se programa para plastía de pared, misma que se realiza el 18-02-2003, con técnica de Mayo sin complicaciones.

299 TC-030

OPERACIÓN DE WHIPPLE EN PACIENTE OBESO, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Medina OVM, Reyes MG, Contreras CLA, Guevara J
Hospital Central del Estado de Chihuahua.

El CA de páncreas es una neoplasia de manejo y pronóstico difíciles. Si aunamos esto a otra patología intercurrente, como enfermedades degenerativas u obesidad, la posibilidad de complicaciones inmediatas y mediatas es mayor, aún así, el paciente requiere tratamiento según el estadio del tumor. **Objetivo:** Reportar un caso de pancreatoduodenectomía por CA de cabeza de páncreas en paciente obeso. Femenina. 58 años. Ictericia obstructiva 1 mes de evolución, insuficiencia venosa crónica de miembros pélvicos y obesidad mórbida, con IMC: 61.9 kg/m². Sonografía: Tumor de cabeza de páncreas y dilatación de colédoco. CPRE: Estenosis completa de colédoco distal, TAC: Tumor de cabeza de páncreas y colédoco distal sin ganglios patológicos. IDX: CA de cabeza de páncreas estadio I. Se realiza pancreatoduodenectomía con técnica de Whipple clásica, sin ganglios peripancreáticos o compromiso vascular. Patología: Adenocarcinoma infiltrante de cabeza de páncreas grado II y pancreatitis crónica, bordes quirúrgicos libres. Manejo postquirúrgico en UCI con ventilación asistida, antibióticos, antitrombóticos, protección gástrica, medidas generales. Alta de UCI en 5 días y hospitalaria en 30 días sin reportarse complicaciones inmediatas. Egresó a quimioterapia y radioterapia. Reingresó a 90 días con absceso de pared manejado abierto y cierre terciario. Fallece a los 10 meses postquirúrgicos por enfermedad metastásica. A pesar de patología intercurrente no se reportaron complicaciones inmediatas y la complicación tardía fue secundaria a radioterapia. Mejoría en calidad de vida y evolución esperada en un paciente con CA de cabeza de páncreas estadio I, aún sin patología asociada.

300 TC-034

TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS HIPERVASCULARIZADO; RESECCIÓN ÓPTIMA POSTERIOR A FRACASO QUIRÚRGICO

Talleri DAG, Hermosillo SJM, Castro JM, Ochoa AM, Ruiz ZJ, Cortez C
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: La prevalencia de patología endocrina quirúrgica de páncreas es baja, su principal representante es el insulinoma y la opción quirúrgica con fines curativos es alta, sin embargo generalmente son de pequeño tamaño, no invaden órganos vecinos ni ejercen efecto de masa. **Objetivo del estudio:** **Presentación de caso.** Informe: Paciente del sexo femenino de 61 años de edad, dentro de los antecedentes de importancia tenemos síndrome de intestino irritable desde los 15 años, apendicitomía a los 15 años, úlceras de colon negativas a malignidad y EAP manejada con inhibidores de bomba de protones, colecistectomía a los 24 años. La paciente se detectó una masa no dolorosa en flanco izquierdo, USG u TAC diagnostican masa retroperitoneal, Biopsias endoscópica y por punción guiada no reportan alteraciones, 2 meses posteriores a la detección es intervenida quirúrgicamente en medio particular, con intento fallido de resección tumoral así como de toma de biopsia por abundante sangrado. La paciente es dada de alta como no quirúrgica. Nuevamente es estudiada, ahora en institución pública, agregamos arteriografía mesentérica superior y de tronco celíaco, apreciando lesión hipervasculizada dependiente principalmente de arteria esplénica. Se programa resección quirúrgica de etiología indeterminada con estudio transoperatorio. **Resultados:** La tumoración fue resecada de manera óptima ligando de manera inicial al abordaje la arteria esplénica en su porción distal. Esplenectomía y pancreatectomía distal en mismo tiempo quirúrgico, con estudio transoperatorio únicamente negativo a linfoma. Histopatológico definitivo de tumor neuroendocrino de páncreas. **Discusión:** El control vascular inicial en el abordaje de lesiones tumorales hipervascularizadas hace posible resecciones más seguras, precisas y completas.

301 TC-069

PANCREATITIS AGUDA-ABSCESO PANCREÁTICO-QUISTE DE COLÉODOCO, EFECTO-CAUSA. REPORTE DE UN CASO

Pera GV, Valdez MD, Herrera EJ
División de Cirugía General, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", SSA.

Introducción: El quiste de colédoco tipo I A es el más común según reportes de la literatura y se presenta entre un 40-60%. Se ha asociado la pancreatitis con esta patología, pero no tan frecuentemente en pacientes en la 3a década de la vida. **Objetivo:** Reportar el caso de una paciente de 36 años con pancreatitis severa, cuya etiología se asocia a un quiste de colédoco tipo I A, la cual evoluciona típicamente presentando como complicación un absceso pancreático. Se da manejo quirúrgico con drenaje de absceso, necrosectomía y marsupialización. Es egresada por mejoría y posteriormente operada para tratamiento del quiste realizándose una derivación biliogestiva (hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux), con evolución a la fecha satisfactoria. **Discusión:** Los quistes de colédoco son más frecuentes el continente asiático, y en mujeres relación 3-4:1, en 1959 se estableció la primera clasificación Alonso Lej, y posteriormente la de Todani. La pancreatitis asociada a quistes es secundaria a anomalías de la unión del conducto biliopancreático, estasis y regurgitación, pero estas mismas se han asociado también como la causa de la dilatación de la pared y aparición de quistes. **Conclusión:** Reportamos un caso de pancreatitis severa complicada asociada a quiste de colédoco tipo I, su tratamiento quirúrgico inicial y definitivo.

302 TC-094

LITIASIS ÚNICA EN CONDUCTO DE WIRSUNG COMO CAUSA DE PANCREATITIS AGUDA SEVERA

Medina QVM, Luna PV, Hermosillo SJM, Rodríguez HNR, Talleri DAG, Espinoza HD
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: Existen casos en los que no se llega a una etiología exacta de una pancreatitis severa, esto en pacientes sin antecedentes de importancia se presenta un caso en el que se encuentra etiología rara de pancreatitis en la necropsia. **Informe:** Masculino de 74 años, casado, desempleado. Niega tabaquismo, alcoholismo o cualquier antecedente de importancia para el padecimiento actual. Inicia su padecimiento actual 24 h previas con dolor abdominal de inicio súbito localizado en epigastrio, intenso, acompañado de náusea sin llegar al vómito, así como distensión abdominal importante, dicho dolor se irradiaba hacia flanco izquierdo. Es por esto que el paciente acude a segundo nivel, donde es intervenido Qx. El diagnóstico preoperatorio fue trombosis mesentérica y se encontraron como hallazgos líquido serohemático aproximadamente 400 cc, el páncreas se encuentra con infiltrado hemorrágico de cabeza a cola, se cierra cavidad abdominal y se dejan drenajes, es enviado a tercer nivel para continuar su tratamiento. Leu 13.1 Hb 17.7 Hto 55.4 VCM 100 HCM 32 Plaq 227 TP 13.5/12.7 INR 1.06 TPT 31.8/33.9 Gluc 239 Creat 0.5 Amilasa 995 AST 114 Ca 7.7 K 4.2 Na 133 Mg 1.96 DHL 783. GA pH 7.35 pCO₂ 23.2 pO₂ 76.4 HCO₃ 12.6 EB 10.7 SO₂ 95.1% CO₂T 13.3 TAC abundante líquido libre en cavidad, páncreas Baltazar D, valorado por cirugía general decidiendo programarlo para Laparotomía exploradora por pancreatitis severa. Encontrando abundante líquido serohemático en cavidad, escasos jabones. Páncreas inflamado, edematoso y hemorrágico en el 100% de su superficie con líquido peripancreático hemático no necrosis franca. Vesícula biliar sin evidencia de litos no a tensión. Tejidos friables. La evolución del paciente fue mala con mal estado hemodinámico y requiriendo de ventilación mecánica a parámetros altos. **Conclusión:** Evolucionó hacia la falla orgánica múltiple y muerte a las 24 h de su segundo evento quirúrgico. Se realiza necropsia resultando el estudio histopatológico con presencia de lito único impactado en conducto pancreático principal, con presencia de vesícula biliar normal, sin litos en su interior.

303 TC-121

SÍNDROME DE TROUSSEAU

Esmer SD, Alfaro SA, Aldrett LE
Centro Médico del Potosí.

Antecedentes: El Síndrome de Trousseau se describió como la asociación de trombosis venosa migratoria por hipercoagulabilidad secundaria a tumores predominantemente intraabdominales. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con Síndrome de Trousseau. **Presentación del caso:** Masculino de 34 años, que inició su padecimiento 2 meses antes con trombosis venosa profunda en brazo izquierdo, dándose manejo con anticoagulantes, 1 mes después con dolor abdominal se toma TAC con tumor mixto intraabdominal probablemente de páncreas se realizó laparotomía encontrando tumor irremovible, se tomaron biopsias con RHP de adenocarcinoma de páncreas. **Conclusiones:** La trombosis puede ocurrir meses a años antes que el tumor sea descubierto y a pesar de exámenes iniciales negativos no debe obviar la necesidad de seguir buscándolo. Los pacientes con Trousseau tienen un persistente bajo grado de coagulación y la heparina no debe suspenderse.

304 TC-165

CÁNCER DE COLA DE PÁNCREAS CON INFILTRACIÓN DE COLON

Sierra ME, Villanueva SE, González C

El cáncer de páncreas es una de las neoplasias más frecuentes en los países desarrollados y considerados la cuarta causa de muerte. El cáncer de cola de páncreas se presenta en un 10% de todos los cánceres de páncreas diagnosticados, el comportamiento de este cáncer es muy insidioso y el diagnóstico en fase precoz no es muy frecuente. **Objetivo:** Mostrar la presencia de una forma patológica no muy comúnmente descrita y que se presentó en un paciente que fue visto por nuestro servicio. Reporte de un caso: Se trata de un paciente masculino, 64 años sin antecedentes de importancia que acude al área de urgencias del HESCMN Siglo XXI por presentar sangrado de tubo digestivo bajo, se realizó colonoscopia encontrándose en colon transverso una neoplasia sésil de 5 cm de diámetro que ocupa 40% de la luz intestinal; la biopsia revela adenocarcinoma poco diferenciado que infiltra la pared del colon, se realiza screening para cáncer y se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza hemicolectomía izquierda, esplenectomía y pancreactomía distal, y la patología de la pieza quirúrgica reportó adenocarcinoma poco diferenciado de cola de páncreas que infiltra bazo y la pared del colon con presencia de 1 a 16 ganglios linfáticos peritumorales con implantes de peritoneo. **Resultados:** El paciente tuvo una evolución buena los primeros días, a los 15 días presentó un absceso pancreático el cual se drenó, úlcera duodenal Forrest IB de tratamiento quirúrgico, el paciente falleció al mes 15 días por complicaciones hemodinámicas de su problema gástrico. **Conclusiones:** Esperamos que en los primeros años del próximo milenio, nuevos métodos de detección precoz y terapéuticos nos permitan cambiar la evolución del cáncer de páncreas.

305 TC-191

¿PANCREATITIS POR COCCIDIODOMICOSIS? CON SECUELAS DE ESTENOSIS DE COLÉDOCO: REPORTE DE UN CASO

Casaus AME, Martínez GAM, Dante JA
Hospital General de Zona No. 1 Saltillo, Coahuila.

Resumen: Se trata de paciente del sexo femenino de 55 años de edad, que inicia su padecimiento un mes antes de haber sido intervenida quirúrgicamente, con diagnóstico de síndrome icterico, realizándose USG de hígado y vías biliares sin demostrar neoplasia, así mismo TAC sin demostrar datos que demostrarán tumor, posteriormente durante su estancia en la unidad cursa con amilasa de más 1,000 UI, presenta cuadro agudo de colecistitis por lo que se decide ingresar a quirófano, con los siguientes hallazgos vesícula de 8 x 4 con paredes engrosadas, múltiples adherencias laxas y

densas, sin litos la vesícula, se realiza colangiografía transcística, con paso filiforme hasta duodeno, sin embargo, se deja sonda en T, la paciente evoluciona en forma insidiosa, con dolor y malestar, la sonda en T continúa funcionando en forma adecuada, a los 15 días de la cirugía, se realiza colangiografía por sonda en T con datos de litiasis residual presenta fiebre dolor e ictericia, motivo por el cual se interna nuevamente, demostrando pancreatitis, por USG y TAC, así como laboratorios de más de 1,000 UI de amilasa, mejorando el cuadro clínico de la paciente, se decide envío a CPRE, con nota de referencia donde no se logra canalizar el colédoco, en cinco ocasiones, demostrando estenosis benigna de colédoco según nota de referencia, se decide un mes después de la primera cirugía realizar nuevo procedimiento quirúrgico, con los siguientes hallazgos, material abundante amarillento, en región de la segunda porción del duodeno y páncreas, se toma cultivo, se revisa sitio de colocación de sonda en T en donde se encuentra zona granulosa, de la cual se toman biopsias, así mismo, se toman biopsias de páncreas, el procedimiento quirúrgico realizado fue coledocoduodenostomía, durante la cirugía no se demostró datos de litiasis residual ni ligadura de colédoco, solamente proceso granulomatoso en porción distal de colédoco. La paciente es enviada a UCI, donde permanece por un día, enviándose nuevamente a nuestra unidad, por mejoría, durante su estancia presenta fistula biliar de bajo gasto, mejorando al séptimo día y manejada con NPT. Durante la cirugía se envió a patología las biopsias, sin demostrar neoplasias, así mismo las definitivas no muestran datos de neoplasias. Las laminillas del líquido recolectado fueron revisadas por un patólogo con diagnóstico final de coccidioidomicosis. El tratamiento instalado, fue con fluconazol a base de 500 mg vo cada 12 h, por un mínimo de 6 meses. La coccidioidomicosis es una infección causada por un hongo (coccidioides imitans), que generalmente afecta a los pulmones, se ha descrito que es asintomática hasta en el 60% de las ocasiones, así mismo, se ha encontrado hasta en un 5% de los casos extrapulmonar.

306 TC-212

ADENOCARCINOMA ACINAR DE PÁNCREAS ECTÓPICO

Huerta RG, Sereno TS, Osuna RJ, Fregoso AJM, Becerra ME, Sánchez CO, Zavala RMT
Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 45 del IMSS, Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: Aunque el páncreas ectópico no es infrecuente, su malignización es muy rara. Generalmente no causa síntomas e involucra en orden de frecuencia al estómago, duodeno, e íleo.

Objetivo: Reportar un caso de adenocarcinoma acinar de páncreas ectópico. **Caso clínico:** Masculino de 69 años, con antecedente de tabaquismo y alcoholismo intensos. Inició su padecimiento 7 meses antes de su atención médica, con tumoración abdominal de crecimiento progresivo, dura, no dolorosa y con 7 kg de pérdida de peso. A la exploración física se palpó una masa de 14 x 12 cm en epimesogastrio y flanco izquierdo. La tomografía de abdomen reportó una tumoración anterior en abdomen con compresión de colon, intestino y riñón, pero el hígado, páncreas y bazo tenían características normales. Tránsito intestinal con compresión extrínseca de estómago. Se intervino quirúrgicamente, encontrando tumoración abdominal de 20 x 25 cm a expensas de curvatura mayor de estómago, vascularizada, quística, adosada a intestino delgado y colon, por lo que se realizó extirpación de tumoración, gastrectomía subtotal con gastroyeyuno anastomosis, yeyuno-yeyuno anastomosis y resección de colon transverso con anastomosis colo-colónica y esplenectomía. La revisión de laminillas y las tinciones de diferentes histopatólogos coincidieron en un adenocarcinoma acinar de páncreas, y con bordes quirúrgicos libres de tumor. **Discusión:** Las revisiones de la literatura reportan no más de 30 casos de carcinoma originado en páncreas ectópico pero ninguno de los 18 casos que están bien documentados, ha sido de tipo acinar. El reconocimiento de esta patología es importante para prevenir su confusión con un tumor metastásico.

307 TC-238

MANEJO INICIAL DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO GIGANTE MEDIANTE DRENAJE EXTERNO PERCUTÁNEO, INFORME DE CASO

Cárdenas GO, Pérez CR, Gallo RM, Vivanco RA, Etchegaray DA, Alcantara MF, Vargas PM, Diaz-Contreras PC
Hospital General de México.

Antecedentes: El pseudoquiste pancreático es una complicación de la pancreatitis, hasta ahora el momento y la forma de drenaje de un pseudoquiste sigue siendo controversial. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con pseudoquiste pancreático gigante manejado de inicio con drenaje percutáneo y enfatizar que éste es un método bien establecido de tratamiento. **Informe de caso:** Se presenta el caso de paciente masculino de 36 años de edad recibido en la consulta externa del Hospital General de México, con diagnóstico de pseudoquiste pancreático gigante, acude con tomografía en la que se muestra imagen quística identificada en un inicio dependiente de lóbulo hepático izquierdo con desplazamiento de estructuras adyacentes, con densidad de 15 UH, y volumen aproximado de 7,578 cc. Como antecedentes de importancia, el paciente presentaba etilismo intenso y cuadro similar dos años antes, se realiza manejo urgente de drenaje por radiología intervencionista con colocación de catéter cola de cochino con control fluoroscópico, obteniendo reporte de líquido extraído amilasa de 25,370 U/L y lipasa de 1,947 U/L. Posteriormente el paciente es enviado a CPRE obteniendo reporte de pancreatitis crónica grado II con fuga hacia pseudoquiste pancreático gigante en cola de páncreas, realizándose esfinterotomía pancreática selectiva satisfactoria. **Resultado:** El paciente evoluciona de forma favorable sin complicaciones, en control de TAC, 10 días después de procedimiento inicial se observa solamente una colección a nivel de la cola de 3 x 3 x 2 cm. **Conclusiones:** Aunque el porcentaje de recurrencia es alto (70%) es un método que puede dar muy buenos resultados en el manejo inicial del pseudoquiste, en este caso posteriormente fue asociado a un manejo por CPRE con resolución completa del cuadro en el paciente.

308 TC-245

MANEJO DIFÍCIL DE UNA PACIENTE PEDIÁTRICA CON PANCREATITIS NECRÓTICO HEMORRÁGICA POSTRAUMÁTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Pardo RF, Zurita R, Moreno RJC
Cirujano Pediatra Hospital Infantil Privado, Departamento de Cirugía Pediátrica y Cirugía General Hospital General de Zona No. 30 Instituto Mexicano del Seguro Social.

Objetivo: Describir el manejo difícil de un paciente pediátrico con pancreatitis necrótico hemorrágica. **Antecedentes:** La pancreatitis aguda síndrome clínico y entidad rara en pacientes pediátricos de etiología idiopática en su mayoría, asociada a fibrosis quística, infección, posttraumática, anormalidades de conductos pancreáticos y por drogas. El manejo aunque descrito ampliamente en pacientes adultos puede ser controvertido en pacientes pediátricos. **Descripción del caso:** Masculino de 7^a 9 m producto de la primera gesta, madre con tabaquismo positivo sin exposición durante el embarazo, varicela a los 4a sin complicación, ingresa al servicio con antecedente de 13 días de evolución sec a traumatismo abdominal descrito como leve, dolor abdominal, vómito gástrico y mal estado general a la EF: con datos de abdomen agudo, la TAC y el reporte de laboratorio (amilasa, lipasa, BHC) demostró datos de pancreatitis aguda y respuesta inflamatoria severa, sometido a laparotomía exploradora con hallazgo de pancreatitis necrótica hemorrágica, realizando lavado y drenaje de la cavidad, iniciando nutrición parenteral total a dosis básicas e incrementadas por aumento en las demandas, análogos de la somatostatina y antibióticos. Cursa con sangrado de tubo digestivo y de vías respiratorias superiores agregándose sangrado por penrose izquierdo y choque hipovolémico, reingresando a quirófano con hallazgo de sangrado de vasos cortos del estómago realizando hemostasia y nuevo drenaje

naje de la cavidad. Cursa aunque con estabilidad hemodinámica con datos de respuesta inflamatoria y evento de oclusión intestinal alta siendo reintervenido con hallazgo de múltiples adherencias en abdomen superior liberando éstas con nuevo lavado la región. Su curso favorable con disminución de su estado inflamatorio sistémico, tolerancia a la vía oral y sin complicaciones tardías, egresado en buenas condiciones generales 20 días posteriores a su ingreso. **Comentario:** La pancreatitis aguda grave en infantes es una entidad rara, el traumatismo cerrado considerado como etiología por trastorno en el conducto pancreático principal en el sitio que pasa a nivel del cuerpo vertebral lumbar, su morbimortalidad es mayor que en pancreatitis aguda de otra etiología, el manejo es de soporte y tratamiento de las complicaciones ya sea con manejo médico o quirúrgico el cual está encaminado a disminuir el efecto enzimático pancreático (necrosis de tejidos, sangrado, adherencias) evitando la contaminación de la cavidad. Los análogos de la somatostatina, antibióticos y apoyo nutricional parenteral han demostrado controversiales beneficios aunque poco estudiados en pacientes pediátricos.

309 TC-289

PANCREATITIS AGUDA, DIABETES Y SARCOIDOSIS: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DEL TEMA

Sánchez LR, Soriano RJ, Solorio AJ, Higuera HFR, Rico EDR, Gutiérrez VR
Hospital General de México, Secretaría de Salud.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa crónica sistémica de causa desconocida. La afección pancreática es rara y aún más la asociación entre sarcoidosis, pancreatitis aguda y diabetes mellitus. Se reporta el primer caso en México. **Reporte de caso:** Masculino de 29 años. Con diagnóstico de sarcoidosis desde los 20 años. Con episodios intermitentes de afección articular, oftálmica, cutánea, pulmonar y en sistema nervioso central. A los 22 años se diagnostica diabetes mellitus. Ingresa con cuadro de pancreatitis aguda severa, que le causa la muerte. **Discusión:** La diabetes mellitus se debe a infiltración sarcoidótica del páncreas. La pancreatitis aguda se ha relacionado con el proceso inflamatorio o bien secundaria a la presencia frecuente de hipercalcemia en la sarcoidosis. El diagnóstico no es fácil. Esta forma de pancreatitis responde al manejo con esteroides.

310 TC-291

MANEJO MÉDICO DE NECROSIS PANCREÁTICA INFECTADA: REPORTE DE UN CASO

Higuera HFR, Sánchez LR, Solorio AJ, Rico EDR, Gutiérrez VR, Vargas DA
Hospital General de México, Secretaría de Salud.

Introducción: La necrosis pancreática infectada es una indicación para manejo quirúrgico en la pancreatitis aguda y además el principal factor de mortalidad y morbilidad. Se reporta un caso el cual fue manejado de forma médica únicamente con antibióticos. **Reporte de caso:** Paciente masculino de 37 años. Inició su padecimiento 3 meses antes de ingreso con dolor abdominal súbito en epigastrio posterior a ingesta de alcohol, seguido por distensión abdominal progresiva. Es manejado por médico privado realizándose colecistectomía. En la cirugía se identifica pancreatitis aguda. En el postoperatorio cursa con fiebre, dificultad ventilatoria y distensión abdominal persistente. Únicamente es manejado con antibióticos. Un mes después se le diagnostica diabetes mellitus. Acude a este hospital, tomográficamente se encuentra absceso pancreático, con destrucción de casi la totalidad del páncreas. Se maneja con drenaje con evolución favorable. **Discusión:** El paciente presentó evidencia clínica de necrosis pancreática, con infección además de datos de falla ventilatoria. Respondió a manejo médico. Existen reportes similares en la literatura, como casos más bien anecdóticos, sin embargo, apoyan la posibilidad de un manejo médico de la necrosis pancreática.

311 TC-311

QUISTES PAPILARES PANCREÁTICOS

Landaeta PRA, Miranda DA, Landaeta GRA
Clínica de Especialidades LA ASUNCIÓN. Jalostotitlán, Jal.

Antecedentes: Los quistes papilares pancreáticos son lesiones poco frecuentes. Se justifica el manejo agresivo por la dificultad de hacer la distinción clínica entre un quiste benigno y otro maligno, debido a que los quistes benignos presentan una fuerte tendencia a malignizarse o que los grandes quistes tienen con frecuencia componentes malignos, deben ser tratados como lesiones malignas, evitándose la simple enucleación. **Objetivo:** Documentar e informar el caso de una enferma previamente tratada con cirugía derivativa interna para pseudoquiste pancreático. **Material y métodos:** Femenino de 31 años que una año antes a la cirugía previa, inicia con dispepsias, intolerancia a colecistoquinéticos, vómitos alimentarios y pérdida de peso. Se realizó TAC diagnosticándose pseudoquiste pancreático, efectuándose el año de 1994, cistogastrostomía. Dos meses después de la operación presenta reaparición de la sintomatología con mayor severidad; dolor abdominal, vómito, regurgitaciones, anorexia y pérdida de 12 kg de peso. Se embaraza cursando con hemesis, desnutrición y culmina con parto prematuro de producto desnutrido, a los cinco años de su operación. La nueva TAC muestra gran quiste septado de cuerpo y cola. Realizamos pancreatectomía distal con reconstrucción gástrica. **Resultados:** Evolución satisfactoria, con hiperglicemias transitorias de 175 mg/dl por tres días. Se embaraza con buena culminación. Actualmente asintomática.

312 TC-320

PANCREATITIS AGUDA: DIAGNÓSTICO, INCIDENCIA, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO EN 13 MESES DE SEGUIMIENTO

Ramírez PJM, Palacio VF
ISSSTE.

Objetivo: Analizar edad, sexo y etiología más frecuente en pancreatitis aguda; evolución al ingreso, diagnósticos de ingreso y determinar la frecuencia de pancreatitis edematosas (PE) y la pancreatitis necrotizante (PN). **Antecedentes:** La pancreatitis aguda es un padecimiento frecuente, la mayoría de los casos son de etiología biliar y alcohol. La PN es la forma devastadora de la enfermedad, con mortalidad del 10 al 50% de los casos; estando la necrosis pancreática infectada (NPI) asociada con mayor mortalidad. **Métodos:** Se registraron prospectivamente en un periodo de junio del 2001 a julio del 2002 todos los pacientes con pancreatitis aguda ingresados al Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". A todos se les documentó el diagnóstico mediante anamnesis, USG y/o tomografía y algunos de manera transoperatoriamente. **Resultados:** Hubo en total 43 pacientes, 65% hombres y 35% mujeres, la etiología biliar representó el 35%, el alcohol el 23%. El 79% presentó pancreatitis edematosas y el 21% pancreatitis necrotizante. La mortalidad general para pacientes con PN fue de 33% y el tiempo de evolución promedio al llegar a urgencias fue de 83 horas. **Conclusiones:** La PE es la presentación más frecuente, afecta mayormente hombres, y en éstos la mayor parte de los casos es por abuso de alcohol; en mujeres la etiología es de origen biliar principalmente. La PN es la etapa más severa y asociada con mayor mortalidad. El tiempo de evolución, hasta el momento en que empieza el manejo, demuestra ser un factor determinante en el pronóstico de la enfermedad.

TÓRAX

313 TC-099

LESIÓN BRONQUIAL POR ARMA BLANCA, INFORME DE DOS CASOS

Rivera NJC, Guevara TL, Belmares TJA, Aguilón LA
Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", S.L.P.

Antecedentes: La lesión traqueobronquial ocurre por traumatismos contusos y penetrantes. Más frecuentes los contusos, seguidos de HPPAF, y HPAB. Entidad poco frecuente. La mayoría de las víctimas muere antes de recibir atención adecuada. El diagnóstico muchas veces se establece *post mortem*; otras, hasta que hay síntomas tardíos que hacen sospechar la lesión. Se desconoce la incidencia real, aunque se estima del 0.2-8%. Aproximadamente 90% de los traumatismos penetrantes afectan exclusivamente tráquea; 1% carina; 3% bronquio principal derecho. **Objetivo:** **Informe de dos casos.** Caso uno: Femenino 18 años, ingresa con HPAB paravertebral derecha en 4oEIC, de 5 cm de longitud, penetrante a tórax. Hemoneumotórax secundario. Pleurostomía derecha, con fuga importante de aire, sin resinción pulmonar: Segunda pleurostomía en 2oEIC. L.C.M. Persiste fuga y colapso pulmonar. Broncoscopia: Lesión bronquial derecha. Toracotomía posterolateral: Lesión longitudinal de 1.5 cm en bronquio intermedio. Se repara con vicryl-000. Se coloca pleurostomía obteniendo reexpansión pulmonar. Egreso a la semana. Caso dos: Masculino 52 años, ingresa con HPAB supraclavicular derecha de 1 cm de longitud, penetrante a tórax. Neumotórax a tensión secundario. Se coloca pleurostomía derecha, sin reexpansión pulmonar, segunda pleurostomía con iguales resultados. Toracotomía posterolateral que corrobora laceración parcial del bronquio principal derecho, lateral al cruce de vena ácigos, se repara con prolene-000. Se coloca pleurostomía obteniendo reexpansión pulmonar. Cinco días después egresa. **Conclusiones:** Las lesiones traqueobronquiales aún son letales. Se requiere pensar en la probabilidad de esta entidad para establecer un diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportuno. Ambos esenciales para la recuperación del paciente.

314 TC-119

FÍSTULA PLEUROCUTÁNEA POR CALCIFICACIÓN PLEURAL

Esmer SD, Alfaro SA
Centro Médico del Potosí.

Antecedentes: La calcificación pleural puede ser secundaria a tanto a trauma, infecciones antiguas o exposición a talco, asbestos y algunos otros minerales. Las calcificaciones varían desde pequeñas áreas especuladas de milímetros hasta placas largas de varios centímetros. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con calcificación pleural y fístula pleurocutánea. **Presentación del caso:** Masculino de 78 años, trabajador en el campo, antecedentes de trauma cerrado de tórax derecho por caída desde su propia altura, no refiere más, tres meses antes de su ingreso manejado por un servicio de dermatología por lesión en esternón con salida importante de material purulento, multibiopsiado para intentar descartar cáncer cutáneo. Sin mejoría acude al hospital donde en su investigación la radiografía de tórax demuestra una calcificación pleural grado III izquierda con fístula pleural al sitio de la lesión esternal. Se somete a toracotomía con decorticación de la pleura calcificada lográndose la resección de un 70% de esto con lo que el paciente mejora y cierra la lesión esternal. **Conclusiones:** La calcificación pleural es poco frecuente en pacientes que no han tenido contacto con asbestos u otros materiales industriales, en los que se sospecha sea por trauma como con nuestro paciente.

315 TC-172

MELANOMA NODULAR AMELÁNICO GIGANTE, REPORTE ÚNICO EN LA LITERATURA

Gutiérrez UG, Lara C, Beltrán T, Arizmendi IS
Hospital General de México, O.D.

Objetivo: Presentar el caso de paciente masculino con melanoma nodular amelánico gigante en región interescapulovertebral, sin precedente de reporte similar en literatura internacional. **Resumen:** Masculino de 34 años con presencia de tumoración interescapulovertebral de 20 x 18 x 14 cm aproximadamente de 4 meses de evolución, exofítico, de aspecto carnoso, con zonas de necrosis y hemorragia; además de lesiones satélites, con presencia de ganglios cervicales en nivel II, III y IV; y ganglios axilares bilaterales; des-

pués de estudios imagenológicos y laboratoriales, se estadifica como etapa IV, no obstante, se somete a detumoración y colocación de injerto de espesor parcial en región interescáculo vertebral. El resultado histopatológico ya con pruebas de inmunohistoquímica y microscopia electrónica corresponde a melanoma nodular ameláñico; el paciente fallece días después de la cirugía por complicaciones propiamente neoplásicas. **Conclusión:** Es necesario que el cirujano general identifique y en su momento conozca el tratamiento quirúrgico del melanoma en sus diferentes etapas clínicas, dada la malignidad del mismo; además, reportar que dentro de los melanomas el nodular ocupa el 7% aproximadamente y de éstos el 5% son ameláñicos; por lo tanto, no hay reportes en la literatura de un melanoma de tal magnitud y de estas características histopatológicas. ADD: Contamos con todas las fotografías.

316 TC-194

HEMONEUMOPERICARDIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Barrera GLR, Martínez JVM, Magdaleno AS, Eguiza FS, Diaz RS
Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parres", Hospital General de México.

Se recibió paciente masculino de 18 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia para el padecimiento, con dos heridas provocadas por objeto punzo-cortante en tórax, cara anterior, completamente asintomático. Ambas heridas fueron exploradas, encontrando trayectos superficiales; en ningún momento se logró tener acceso hacia la profundidad del tórax. A la auscultación, los ruidos cardíacos ritmicos, ligeramente disminuidos en intensidad. Se solicitó radiografía de tórax, observando imágenes a nivel torácico sugerentes de hemoneumopericardio. Doce horas después el paciente presenta ingurgitación yugular y frote pericárdico. El electrocardiograma con datos de pericarditis, el ecocardiograma con alteraciones en la contracción del ventrículo derecho. Ante esta nueva evidencia, se decide realizar exploración quirúrgica del pericardio, con abordaje toracoscópico. Habiendo previamente colapsado el pulmón izquierdo, se introdujo la cámara y dos trócares más, observando una lesión pequeña en la parte interna del tórax anterior, sin sangrado. Se localiza la cara anterior del pericardio, en donde se realiza un primer corte, aspirando 150 ml de líquido hemático. Se realiza un segundo corte en la cara posterior. Media hora después de la cirugía ya no se observa ingurgitación yugular y se ausulta mejor el ritmo cardíaco, aun con frote pericárdico. Cuarenta y ocho horas después de la cirugía, el paciente se encuentra en buen estado general, completamente asintomático. Se toma radiografía de control, observando la silueta cardíaca más grande, y sin observar las imágenes de los primeros estudios, pulmones totalmente expandidos. El paciente es dado de alta 72 horas después de la intervención quirúrgica.

317 TC-228

EMPIEMA MASIVO DERECHO: REPORTE DE CASO

Zambrano-Gordo JA, Santaella-Sibaja MJ, López-Aguirre G
Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa".

Antecedentes: El empiema es una patología que surge como una complicación de derrames paraneumónicos infectados, traumatismos de tórax, hemotórax coagulados, entre otros y especialmente los diabéticos son susceptibles. **Objetivo:** Presentación de un paciente diabético con empiema masivo con colapso pulmonar derecho. Presentación del caso: Paciente masculino de 40 años, diabético con el antecedente de sufrir caída de su propia altura sufriendo trauma cerrado de tórax derecho 6 meses previos a su ingreso. Inicia su padecimiento dos meses previos a su ingreso con dolor tipo pleurítico, así como disnea de grandes esfuerzos progresiva a pequeños esfuerzos, sin llegar a la ortopnea. Progresa actualmente a ortopnea ocasional y dificultad ventilatoria. Fiebre no cuantificada ni tratada, astenia, adinamia, de dos meses de evolución, pérdida de peso de hasta 15 kg en dos meses. A la exploración de tórax con movimientos respiratorios del hemitoráx derecho abolidos, amplexión y amplexación abolidas del mismo lado, vibraciones vocales aboli-

das, skodismo apical, línea parabólica de Damoassieau, signo de Koranyi y triángulo de Grocco positivos, matidez de región basal derecha hasta nivel de punta escapular, ruidos respiratorios y murmullo vesicular abolidos, hemitoráx izquierdo normal, tórax anterior con área cardiaca en límites normales, ruidos cardíacos normales. Rx de tórax nivel hidroáereo del 90% de hemitórax derecho, toracocentesis con obtención de material purulento, se coloca sonda de toracostomía obteniendo 3,500 ml de material purulento. Rx de control muestra colapso pulmonar del 90%. **Resultados:** Realizamos toracotomía posterolateral derecha con drenaje de empiema y decorticación pleural, con reexpansión pulmonar. El paciente evoluciona favorablemente, en las Rx de control con reexpansión pulmonar del 100%, actualmente asintomático, diabetes controlada metabólicamente. **Conclusiones:** El empiema suele dividirse en fases, la fase última también llamada de fibrotórax se da en pacientes con larga evolución y su manejo es puramente quirúrgico para realizar decorticación pleural, cuyo pronóstico es generalmente bueno.

318 TC-231

TORACOTOMÍAS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL: EXPERIENCIA DE UN AÑO

Zambrano-Gordo JA, Santaella-Sibaja MJ, López-Aguirre G
Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa".

Antecedentes: Las toracotomías están indicadas en múltiples padecimientos que ameritan manejo quirúrgico localizadas en tórax o mediastino, entre los que destacan decorticación pleural, lobectomías, neumectomías, drenaje de hemotórax coagulado, entre otras y que generalmente son realizadas en hospitales de tercer nivel de atención. **Objetivo:** Dar a conocer nuestra experiencia de toracotomías programadas realizadas en el Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" de segundo nivel de atención. **Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes operados de toracotomía entre el periodo de marzo del 2002 a marzo del 2003 en el servicio de cirugía general. **Resultados:** Se realizaron en total de 9 toracotomías de las cuales 6 fueron posterolaterales derecha, dos izquierdas y una toracotomía media o esternotomía. La indicación de éstas fueron; la presencia de nódulo pulmonar solitario a quien se realizó lobectomía superior izquierda, pericarditis fílmica que realizamos pericardiectomía, tumor de mediastino gigante que realizamos exeresis, y los seis restantes fueron decorticaciones pleurales. El total de los pacientes fueron ocho, uno de ellos se reintervino. A todos los pacientes se les dejó sonda de pleurostomía y se les tomó radiografías de control. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente, sólo uno de ellos se reintervino para segunda decorticación por pleura residual. No tuvimos pacientes que ameritaran toracotomías de urgencia. **Conclusiones:** Las toracotomías son un procedimiento que un cirujano general está obligado a realizar, incluso en un hospital de segundo nivel de atención.

319 TC-251

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE RUPTURA TRAUMÁTICA DE AORTA TORÁCICA

Gómez-Zaragoza JJ, Reynaga D, García-Cruz R, Almanza-Cruz S
Hospital de Traumatología "Lomas Verdes", IMSS. Naucalpan, Edo. de Méx.

Antecedentes: La ruptura traumática de aorta torácica (RTAT) es una lesión mortal hasta en el 80% de los casos, pocos pacientes llegan vivos al Hospital, el diagnóstico se sospecha por ensanchamiento mediastinal en radiografía de tórax. **Objetivo:** Reportar datos de RTAT demostrados por TAC de tórax, confirmador en cirugía o autopsia. **Resultados:** Caso 1. Masculino, 28 años, caída de 20 metros, TA ingreso 90/40, consciente, disneico, dolor torácico severo, intubación a su ingreso. Rx con mediastino ensanchado, TAC muestra ausencia de progresión del medio de contraste llegando a venas cava y cavidades derechas del corazón, 20 minutos después el paciente muere, la autopsia muestra RTAT descendente. Caso 2. Masculino, 32 años, accidente automovilístico, Fx pelvis, Fx fémur izquierdo, sometido a

laparotomía, con lesión esplénica y hepática. Rx con ensanchamiento mediastinal, la TAC con lesión aorta torácica descendente, derivado y operado en centro hospitalario cardiotorácico, con éxito. Caso 3. Masculino, 23 años, trauma en motocicleta, acompañante muerto. Disnea al ingreso, sensación de cuerpo extraño en laringe, hipotensión 60/30. Hemoneumotórax izquierdo, sangrado mediastinal y hemotorax bilateral en TAC. Muerte en quirófano a pesar de toracotomía, la autopsia muestra la lesión aórtica. Caso 4. Femenino, 63 años, accidente automovilístico en carretera, atendido y enviado a esta unidad 48 h posterior a accidente, con pleurostomía izquierda, se toma Rx de tórax a su ingreso en Unidad de Choque y fallece, presenta datos clásicos de RTAT, confirmada en autopsia. **Conclusiones:** El diagnóstico de RTAT es un reto, el ensanchamiento mediastinal obliga a la búsqueda de lesión vascular mediastinal, la TAC puede ser muy útil, el método definitivo sigue siendo aortografía.

320 TC-290

ABSCESO PULMONAR CON DRENAJE A ABDOMEN Y PLEURA. REPORTE DE CASO

Sánchez LR, Solorio AJ, Higuera HFR, Rico EDR, Gutiérrez VR, Vargas DA
Hospital General de México, Secretaría de Salud.

Introducción: Los abscesos pulmonares son resultado de cuadros neumónicos necrotizantes, sus sintomatología puede ser inespecífica. Entre sus complicaciones se encuentra la apertura espontánea a pleura o al árbol bronquial. Se presenta un caso en el cual el drenaje se realizó a abdomen y pleura. **Caso clínico:** Paciente masculino de 39 años, con antecedente de alcoholismo y tabaquismo. Padecimiento de un mes de evolución con dolor en hipocondrio derecho, irradiado a hemitórax ipsilateral, sin fiebre, además de pérdida de paso. Acude a la consulta y se diagnostica por ultrasonido litiasis vesicular. Se programa para colecistectomía. Acude a urgencias por agudización del cuadro doloroso. Se hospitaliza como piocolecisto. Súbitamente presenta dificultad ventilatoria. Se coloca sonda de pleurostomía derecha con drenaje de material purulento. Se considera posibilidad de absceso hepático abierto a tórax. El paciente persiste con problema ventilatorio y choque. Fallece. La autopsia identifica absceso pulmonar derecho con apertura a pleura y abdomen, con peritonitis purulenta generalizada. **Discusión:** El absceso pulmonar debe de ser considerado en el diagnóstico diferencial del piotorax y cuando hay complicaciones abdominales.

321 TC-319

MANEJO DEL DERRAME MALIGNO POR VÍA TORACOSCÓPICA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ-ITESM

Villegas CO, Ochoa RE, Manjarrez TA, Gálvez HC
Hospital San José-Tec de Monterrey, EGRAM-ITESM; Monterrey, N.L., México.

Antecedentes: Las primeras experiencias toracoscópicas registradas datan desde 1910 cuando Jacobaeus exploró el tórax utilizando un cistoscopio. A partir de los años 30, esta modalidad quirúrgica parecía haber quedado olvidada hasta mediados de la década de los 80, cuando inició el auge de la cirugía de invasión mínima. Simultáneamente comenzaron los primeros procedimientos paliativos para el derrame maligno por toracoscopia. El primer procedimiento en el HSJ relacionado con el manejo de derrame maligno se realizó en 1993. **Objetivos:** Demostrar en forma retrospectiva las ventajas de un abordaje de mínima invasión para cirugía del tórax en pacientes que presentaron derrame maligno. **Resultados:** Se revisaron 106 expedientes. De éstos, sólo 12 casos se relacionaban a derrame maligno. El 41.6% (5) de los procedimientos fueron puramente diagnósticos, en el 41.6% (5) ya se contaba con el diagnóstico por lo que se consideraron terapéuticos y el 16.6% (2) fueron tanto diagnósticos como terapéuticos. La tasa de efectividad diagnóstica fue del 71.4%. El procedimiento se consideró exitosamente terapéutico en el 100% de los casos. La patología que más frecuentemente fue responsable de una exploración toracoscópica por derrame pleural

fue el carcinoma broncogénico (58.3% de los casos), entre otras patologías pulmonares o extrapulmonares relacionadas a malignidad. **Conclusiones:** En nuestro medio, la toracoscopia video-asistida se ha establecido como un excelente método terapéutico para el derrame maligno con fines de paliación para malignidad intratorácica, así como tratamiento coadyuvante en casos de patología extra-pulmonar y para efectuar evaluaciones en caso de ser necesario algún procedimiento adicional.

322 TC-333

LIPOSARCOMA GIGANTE DE MEDIASTINO

Zambrano-Gordo JA, Santaella-Sibaja MJ, López-Aguirre G
Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa".

Antecedentes: El liposarcoma es una tumoración originada del tejido adiposo, predominantemente en muslo y retroperitoneo y menos frecuente en mama, mediastino y en lipomas preexistentes. **Objetivo:** Presentar caso de liposarcoma de origen en mediastino que ocupa ambos hemitórax. **Presentación del caso:** Femenino de 28 años con padecimiento de cuatro meses de evolución caracterizado por disnea progresiva de grandes a pequeños esfuerzos hasta la ortopnea, además de disfagia progresiva, acompañada de fiebre, astenia, adinamia y anorexia, así como disminución de peso. La exploración de tórax revela tiros y tiraje intercostal, amplexión y amplexación abolidas, vibraciones vocales aumentadas y matidez en ambos hemitórax, así como abolición de la movilidad diafragmática. Área cardiaca del lado derecho, con choque de la punta en línea axilar anterior derecha sexto espacio intercostal. La tele de tórax revela opacidad bilateral y tráquea desplazada a la derecha de línea media, en la TAC de tórax se observa dextrocardia e imagen sugestiva de masa ocupativa en ambos hemitórax con densidad de grasa, el ecocardiograma confirma dextrocardia, trago de bario muestra desplazamiento de esófago a la derecha de la línea media. **Resultados:** Se realiza toracotomía posterolateral izquierda más costotomía de sexta costilla y se realiza excéresis de tumoración de coloración amarilla con abundante tejido adiposo de consistencia blanda renitente, regularmente vascularizada bien delimitada con pedículo en mediastino respetando estructuras anatómicas contiguas con peso total de 4,200 gramos. El resultado histopatológico reporta liposarcoma mixoide. **Conclusiones:** El liposarcoma mixoide de mediastino es una entidad muy rara cuyo tratamiento es quirúrgico y generalmente curativo.

323 TC-341

QUISTE BRONCÓGENO Y HERIDA POR ARMA DE FUEGO EN TÓRAX. INFORME DE UN CASO

Vázquez-Martínez AM, Oros-Ovalle C, García-Perales M, Belmares-Taboada J, Guevara-Torres L, Aguillón-Luna A
Hospital Central "Dr. IMP" S.L.P.

Antecedentes: Los quistes revestidos por epitelio bronquial (broncogénos) son raros, originándose en la 6^a-7^a semana de gestación al detenerse el desarrollo local del sistema bronquial (embriogénesis). Suelen dar la impresión de verdaderas neoplasias pero raramente son malignos, tienden a ser solitarios, ubicados profundamente en el parénquima pulmonar. Habitualmente asintomáticos, excepto cuando se infectan comportándose como un absceso pulmonar; o cuando se rompen, causando hemoptisis o neumotórax. **Objetivo:** Informe de caso. **Caso clínico:** Masculino de 27 años de edad, técnico de radiología, con antecedente de haber recibido herida por proyectil de arma de fuego en 3er. espacio intercostal izquierdo línea media clavicular, que requirió tratamiento mediante toracostomía cerrada, 3 años previos a su padecimiento actual. Desde entonces, con episodios de hemoptisis intermitentes, cada vez más frecuentes; se solicitó BAAR en expectoración resultando negativo, y Rx de tórax mostrando cavitación en lóbulo superior izquierdo. Se le realizó lobectomía superior izquierda mediante toracotomía posterolateral, evolucionando favorablemente. **Informe de patología:** quiste broncogénico. **Conclusiones:** Los términos quiste y cavidad tienen diferente significado y posibilidades diag-

nósticas. Quiste es un espacio claramente definido que contiene aire con pared < 4 mm. Cavidad es una lesión que contiene aire, pared > 4 mm, o dentro de una área con infiltrado o masa circunvecinos. El trauma torácico (cerrado o penetrante) puede causar lesiones quísticas únicas o múltiples, con pared gruesa o asociados con infiltrado denso debido a contusión, hemorragia, principalmente en las etapas iniciales. Los quistes broncogénos son congénitos, en 30% localizados en parénquima pulmonar principalmente lóbulos inferiores.

TRASPLANTES

324 TC-181

EXPERIENCIA EN TRASPLANTE RENAL DE DONADOR VIVO EMOCIONALMENTE RELACIONADO EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Bazán BA, López MJA, González GA, Urbina GR, Galindo TJ, Espinoza HR, Hernández CE, ElNéave LL
Hospital Juárez de México, SSA.

Antecedentes: En el trasplante de órganos el de riñón ocupa el primer lugar a nivel nacional y mundial, siendo actualmente en México más frecuente el tomado de donador vivo emocionalmente relacionado. **Objetivo:** Describir la experiencia en trasplante renal, de donador vivo emocionalmente relacionado desde el inicio del programa de trasplante renal en el Hospital Juárez de México. **Metodología:** De un total de 160 pacientes sometidos a trasplante renal, en un periodo de 10 años se incluyeron 16 pacientes que cumplieron criterios de donador vivo emocionalmente relacionado, derechos habientes todos del Hospital Juárez de México. Se recabaron las variables necesarias, las cuales fueron analizadas y resumidas descriptivamente. **Resultados:** El promedio de edad de nuestros receptores fue de 28.3 años con un rango de 11-47 años, del sexo femenino 6 pacientes (37.5%) y masculino 10 pacientes (62.5%). La edad promedio de los donadores 24.5 años con un rango de 21 a 33 años; Femeninos 6 (37.5%) y masculinos 10 (62.5%), por tipo de donador son: Esposo en 5 casos (31.2%), tío político 3 casos (18.3%), primo político 3 casos (18.3%), cuñado 3 casos (18.3%), hermano adoptivo 1 caso (6.25%), sobrina política 1 caso (6.25%). La distribución de grupo sanguíneo fue de 0+ en 13 casos (81.25%), B+ en 2 casos (12.5%) y A+ 1 caso (6.25%). La compatibilidad de haplotipos se documentó en los 16 pacientes y compartieron 2 alelos 1 caso (6.25%), 1 alelo en 4 casos (25%), y ninguno en 11 casos (68.75%). Se documentaron 6 episodios de rechazo agudo (37.5%), con pérdida del injerto en 3 casos (18.75%). Las causas de rechazo agudo en tres casos se debieron a automodificación de tratamiento inmunosupresor en 2 pacientes (12.5%), y abandono de tratamiento inmunosupresor en 1 paciente (6.25%). Con injerto viable a 5 años en 2 pacientes (12.5%), 4 años en 3 pacientes (18.75%), 3 años en 3 pacientes (18.75%), 2 años 3 pacientes (18.75%), 1 año 2 pacientes (12.5%). Se reportó un rechazo crónico en 1 paciente (6.25%), el cual se Dx con biopsia a 4 años postrasplante con injerto funcional al 60%. **Conclusiones:** La evolución de los injertos de donador vivo emocionalmente relacionado se han reportado en la literatura norteamericana entre la sobrevida de donador cadáverico y la de donador vivo relacionado. En los países del tercer mundo, como en nuestro estudio se ha observado una relación entre infección y medio socioeconómico, así como rechazo y estado psicológico de los pacientes (depresión), lo que se ha disminuido en el Hospital Juárez de México, con la intervención de un equipo multidisciplinario, como psicología, trabajo social, con estudio cuidadoso de los pacientes pre-trasplante y una mayor información por parte de los médicos y enfermeras del servicio de trasplante a los pacientes, así como a sus familias, sobre la importancia del apego al régimen inmunosupresor y a las indicaciones médicas.

325 TC-226

HALLAZGOS TRANSOPERATORIOS EN LA DISFUNCIÓN DEL CATÉTER DE TENCKHOFF. EVALUACIÓN DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO

Salinas VJC, Yáñez LA, Correa BG, Balbuena HE, Camacho FA, Quintana OA, Sifuentes BHJ, Morales TM
Hospital General de Zona No. 4 IMSS. Guadalupe Nuevo León, México.

Los pocos trabajos realizados para valorar la disfunción del catéter de Tenckhoff nos sugieren que en parte son influenciados por la técnica de abordaje quirúrgico. El objetivo de este trabajo es revisar si el tipo de abordaje quirúrgico tiene relación con la disfunción. Este es un estudio retrospectivo con revisión del expediente clínico y nota operatoria de los pacientes intervenidos en el periodo del 01 de enero del 2001 al 01 de enero del 2003. Se colocaron en total 203 catéteres de Tenckhoff en este periodo, de los cuales fueron exitosos 130 (64%) disfuncionando 73 (36%). Revisando el abordaje quirúrgico todos fueron ubicados en hueco pélvico, con abordaje por línea paramedia infraumbilical en 147 de los cuales disfuncionaron 50 (34%) y a nivel infraumbilical línea media 56 de los cuales disfuncionaron 23 (41%). Con trayecto subaponeurótico en 172 de éstos disfuncionando 61 (35%), y trayecto supraaponeurótico en 31 disfuncionado 12 (38%). Los hallazgos transoperatorios fueron: peritonitis en 24 (11.8%), tapón de fibrina en 17 (8.4%), tapón de coágulo en 11 (5.4%), epipón en 10 (4.9%), libre en 8 (3.9%), otros 3 (1.5%). Concluimos que el abordaje quirúrgico no tiene factor de relevancia para disfunción del catéter de Tenckhoff, siendo el hallazgo transoperatorio más importante la peritonitis, aduciendo que la mayor causa de disfunción es por el manejo posterior del catéter y no por la técnica operatoria.

326 TC-288

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LINFEDEMA SECUNDARIO

García DI, Ortega MA, Fournier DFG
Hospital General de Durango.

En el tratamiento quirúrgico del linfedema pocas veces se obtiene éxito, los resultados estéticos son malos, pero el resultado de una pierna monstruosa e infuncional, se puede obtener una pierna monstruosa pero funcional. Femenino 25 años, con antecedente de linfoma de Hodking en región inguinal bilateral a los 5 años, tratada con radioterapia y quimioterapia sin recurrencias de enfermedad. A los 12 años inicia con aumento del volumen de extremidad pélvica derecha, progresivo no doloroso y dificultad para la deambulación, se diagnostica linfedema secundario en unidad Hospitalaria. No se le ofrece tratamiento. En 1998 es intervenida quirúrgicamente en institución de salud con procedimiento de Thompson, 6 meses nuevamente con crecimiento progresivo de volumen de la extremidad y deambulación con dificultad. Enero 2003 acude a nuestra unidad valorada con diagnóstico de linfedema secundario, con antecedente quirúrgico previo se ofrece tratamiento quirúrgico con procedimiento de Charles, prequirúrgicos normales, se realiza cirugía el día 24-02-03 tratándose en primera instancia la pierna derecha, realizándose, toma de injertos con dermatomoto de la área afectada y a tratar, se realiza incisión longitudinal hasta la fascia aponeurótica incluyendo vena safena externa y interna liberándose en toda su circunferencia de tejido celular subcutáneo, respetándose la fascia, se colocan injertos de espesor parcial sobre la fascia y se cubren. La evolución fue favorable, se manejó con doble esquema de antibióticos, analgésicos y bloq. H2. logrando una integración de injertos del 80% a su egreso el día 04-03-03 e integración al 100% de injertos a los 2 meses. Se realiza segundo tiempo el día 11-junio-03 con mismo procedimiento en la cara anterointerna de muslo derecho, con evolución satisfactoria.

327 TC-313

COSTOS ECONÓMICOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE SOMETIDO A TRASPLANTE RENAL EN EL INGRESO HOSPITALARIO Y POSTOPERATORIO TEMPRANO

Piza BRH, Castillo LL, Monteon RFJ, Valdespino MC, Sandoval SMJ, Gutiérrez ZF, Cardona ST, De la Torre MB, Ruiz GL
Unidad de Trasplantes, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente Guadalajara Jalisco IMSS. Hospital General Regional Vicente Guerrero IMSS Acapulco.

Antecedentes: En el 1er año del trasplante renal los costos que incluyen hospital, adquisición de órganos, medicamentos y cuidado médico cuesta un promedio de 90,000 dólares de los cuales se consumen 45,000 dólares en el proceso del trasplante renal en el hospital, el 2º año cuesta de 12, a 18,000 dólares y el 3º cuesta 7,000 dólares. Alternativas como hemodiálisis y diálisis peritoneal a la larga son más costosas. En México no se tiene datos confiables del costo del proceso del trasplante renal. **Objetivo:** Determinar el costo de la atención médica y quirúrgica del paciente sometido a trasplante renal. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo. HECMNO, Guadalajara, IMSS, Unidad de Trasplantes. Octubre 2001-mayo 2002. Se analizaron costos de atención de pacientes sometidos a trasplante renal de donación viva, incluyendo 3 procesos: Atención preoperatorio intrahospitalaria, quirúrgico y terapia intensiva. Los costos se dividieron en directos e indirectos. Se analizó el costo de los 3 procesos de atención en hospital, cirugía y UCI por separado y desmenuzado, incluyendo 12 variables en cada proceso. **Resultados:** El costo total del trasplante renal sin complicaciones es de 139,356.00 pesos que incluye 3 días de hospital 12,847.00 pesos (9%), la atención quirúrgica del donante y receptor, 40,956.00 pesos (28%) y la atención en UCI por 7 días promedio, 85,553.00 pesos (60%). El trasplante renal en México cuesta la tercera parte de lo que cuesta en Estados Unidos. Es la mejor alternativa, además de ser la mejor opción en calidad para el paciente.

328 TC-314

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN EL TRASPLANTE RENAL EN EL POSTOPERATORIO TEMPRANO

Piza BRH, Castillo LL, Monteon RF, Valdespino MC, Sandoval SMJ, Gutiérrez F, Ruiz GL, Ozuna V
Unidad de Trasplantes Renales, 4º piso, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, Hospital General Regional Vicente Guerrero IMSS, Acapulco.

Introducción: Pacientes con IRC terminal el trasplante renal es el tratamiento de elección. Las complicaciones quirúrgicas en esta cirugía varían con un promedio del 20%. **Objetivo:** Analizar las complicaciones quirúrgicas, con un seguimiento a 15 días desde el postoperatorio del trasplante renal. **Material y métodos:** Septiembre 2001 junio 2002. Ochenta y ocho pacientes de trasplante renal donador vivo. Analizamos edad promedio, sexo, antígenos compatibles, tiempos de isquemia caliente y fría, pacientes con complicaciones transoperatorias y postoperatorias, reoperaciones y sus causas. Arterias polares. **Resultados:** El 34% de los PTS tuvieron arterias polares pero sólo a 23 PTS se les realizó nefrectomía del riñón que tuviera arterias polares. Complicaciones transoperatorias: En 26 de 88 pacientes (29%). Lesiones de vasos 13 pacientes), isquemia renal 8 pacientes. Complicaciones postoperatorias graves que ameritaron reintervención fueron 11 en total (9%): 8 por sangrado, 1 por linfocele, 1 absceso de herida y otra por fistula vesical. Complicaciones postoperatorias menores en 29 pacientes (32%) hematuria mayor de 5 días en 15 pacientes, linforreas mayor de 7 días en 8 pacientes, edema mpd en 6 pts. **Conclusiones:** Las complicaciones en el postoperatorio temprano son las complicaciones vasculares, reoperándose el 9% de los pacientes por esta causa. Están en relación a las complicaciones transoperatorias también de origen vascular. En esta etapa las complicaciones urinarias son poco frecuentes o no detectadas.

329 TC-316

LA IMPORTANCIA DE LA ARTERIOGRAFÍA RENAL DEL DONADOR VIVO EN EL TRASPLANTE RENAL

Castillo LL, Piza BRH, Hinojosa PA, Monteon RF, Valdespino MC, Sandoval SMJ, Ruiz GL
Unidad de Trasplantes, Hospital de Especialidades CMNO Guadalajara Jalisco IMSS. Hospital General Regional Vicente Guerrero IMSS, Acapulco.

Antecedentes: La arteriografía renal es necesaria para el DX morfología vascular de los riñones. Última etapa del protocolo de estudio

del paciente donador renal en paciente vivo. La selección cuidadosa del riñón a donar influye en el pronóstico del injerto renal en el receptor. **Objetivo:** Analizar las arteriografías realizadas con la técnica de Seldinger en los pacientes donadores para trasplante renal. **Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo. HECMNO Guadalajara IMSS. Unidad de trasplantes, octubre 2001-mayo 2002. 88 ptes donadores de riñón y sometidos a arteriografía renal bilateral. Se estudian variables anatómicas y vasculares de la aorta, arterias renales y riñón. **Resultados:** Ambas arterias renales nacen en el 56% a la mitad de 1-1, miden 4.5 cm de longitud y 6.5 mm de grosor, emergencia simétrica en la mayoría de los casos. El tamaño de los riñones fue de 11 cm. Se identificaron arterias polares en 31 pts (35%), 39 en el riñón izquierdo, 25 polares izquierdas inferiores, 14 polares superiores y 8 en el riñón derecho 5 polares inferiores y 3 superiores. **Conclusiones:** La arteriografía renal bilateral documentó la alta frecuencia de arterias polares en el 35% del total de los pts, siendo en el riñón izquierdo 5 veces más frecuente que el derecho, y orienta para planear un abordaje quirúrgico del riñón en forma aceptable.

TRAUMA

330 TC-106

ESTENOSIS DE COLON SECUNDARIA A TRAUMA ABDOMINAL CERRADO, REPORTE DE UN CASO

Canales PJG, García GH, Vázquez RD
Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" SSNL, San Nicolás de los Garza, Nuevo León. Departamento: Cirugía General.

Resumen: Los factores etiológicos como causantes de estenosis de colon son muy variados, en nuestro caso, el traumatismo es el único factor identificable; la zona más vulnerable del colon para sufrir isquemia por traumatismo es el colon sigmoideas. Masculino 25 años, antecedente traumatismo contuso de abdomen 6 meses previos, evolucionando con alteraciones del patrón defecatorio y cambios en el calibre de las heces, exploración masa palpable en cuadrante inferior izquierdo, móvil no dolorosa, se le realizó colonoscopia encontrando lesión estenótica a 60 cm del ano, colon por enema zona de estenosis a nivel de sigmoides, se somete a resección quirúrgica reportando patología estenosis cicatrizal benigna. Evoluciona satisfactoriamente y se egrésa. **Conclusiones:** La colitis isquémica es una entidad de difícil diagnóstico por su presentación clínica sutil e impredecible, no existiendo exámenes lo suficientemente sensibles y específicos para establecer un diagnóstico preoperatorio. La colitis isquémica posttraumática es producida por una insuficiencia circulatoria del colon, éstas comprenden un amplio espectro de manifestaciones isquémicas que van desde la hemorragia submucosa o intramural reversible, pasando por la colitis transitoria, úlcera crónica, estenosis, necrosis, perforación y finalmente la colitis universal fulminante, la demora en llegar a ese diagnóstico es lo común, por ende su alta morbilidad. En nuestro caso únicamente presentó como lesión final la estenosis.

VASCULAR

331 TC-036

MIXOMA AURICULAR DERECHO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Ochoa AM, Gómez HE, López TJ, Talleri DAG, Casillas CL, Arenas QR
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: Los tumores cardíacos primarios son extremadamente raros, en pacientes pediátricos con una incidencia estimada entre el 0,0017 y el 0,19%. Sólo el 15% ocurren de lado derecho. Los accidentes cerebrovasculares secundarios a un mixoma son poco frecuentes, sobre todo en la edad pediátrica. **Objetivo:** El presente caso muestra la presentación atípica de un mixoma derecho en edad pediátrica. **Informe:** Femenino 13 años sin antecedentes de importancia, el cual inicia con cuadro de cefalea y dolor abdominal vago,

sólo con manejo sintomático. Posteriormente presenta cuadro de dolor abdominal en epigastrio, dermatitis palmar y plantar y presentación de crisis convulsiva tónico-clónica y alteración del ritmo cardíaco lo cual ingresa a institución para su estudio. Realizándosele tomografía axial computada cerebral y resonancia magnética, mostrando áreas de infarto cerebral. Ecocardiograma revela gran trombo en aurícula derecha a descartar tumoración cardiaca. Se realizó resección del tumor y se confirmó el diagnóstico de mixoma mediante el estudio anatopatológico. Se diagnostica además patología de la colágena, misma que es causa de vasculitis sistémica. La evolución clínica fue satisfactoria. Continuando manejo médico. **Conclusiones:** En el presente caso muestra sintomatología atípica secundaria a mixoma auricular como evento vascular cerebral, y dolor abdominal secundario a vasculitis por lo que no se debe de descartar esta patología como opción diagnóstica ya que su detección y tratamiento oportuno es indispensable en la evolución del paciente.

332 TC-045

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBRO TORÁCICO MANEJADA CON FILTRO DE GREENFIELD EN VENA CAVA SUPERIOR

Ramos-De la Medina, Anaya-Santacruz E
Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

La trombosis venosa profunda (TVP) de miembros torácicos ha sido tradicionalmente minimizada debido a la percepción errónea de que el riesgo de tromboembolismo pulmonar (TEP) es insignificante en comparación con la trombosis iliofemoral. Múltiples estudios han demostrado que el riesgo de TEP es real y que la frecuencia de TVP en miembros torácicos ha aumentado debido al uso de accesos venosos centrales y catéteres de larga permanencia. La utilidad del filtro de Greenfield (FG) en la TVP de miembros pélvicos está ampliamente documentada. Sin embargo, la experiencia con el FG en vena cava superior (VCS) se limita a reportes de casos y series pequeñas. Presentamos un caso de trombosis de venas axilar y subclavia posterior al retiro de un portocath que fue manejado mediante un FG en VCS. Hombre de 21 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica L2 desde 1998 manejado con vincristina, doxorubicina y prednisona. En enero de 1999 se colocó catéter portocath en subclavia izquierda. Se consiguió remisión completa en enero de 2002. En septiembre de 2002 presentó recaída en sistema nervioso central manejada con Hiper-CVAD. Durante ese internamiento presentó fiebre y se localizó foco infeccioso en portocath, el cual fue retirado. Persistió con fiebre y una TAC mostró lesiones pulmonares inflamatorias compatibles con embolización séptica. Un ecocardiograma fue negativo y un ultrasonograma Doppler de miembro torácico izquierdo mostró trombosis axilar y distal de subclavia. Una flebografía corroboró el diagnóstico. Debido al uso de quimioterapia y la presencia de plaquetopenia se consideró contraindicado administrar anticoagulación y se decidió la colocación de FG en VSC para reducir el riesgo de tromboembolia pulmonar masiva. Se manejó con vancomicina, rifampicina y meropenem. Dos semanas después de la colocación del FG las lesiones pulmonares desaparecieron. La fiebre cedió al iniciar tratamiento antifímico. Conclusión: El uso del FG en VCS puede ser una alternativa terapéutica en pacientes con TVP en miembros torácicos y contraindicación para anticoagulación.

333 TC-101

ANEURISMA DE ARTERIA CARÓTIDA

Guerrero RA, Rodríguez CLA, Segura AR
Hosp. Gen. Reg. N. 1, IMSS, Cuernavaca, Morelos.

Objetivo: Analizar el caso de un paciente con aneurisma de arteria carótida común derecha. **Material y métodos:** Paciente masculino de 80 años de edad. APP: HAS, cardiopatía isquémica, 3 infartos al miocardio (el último en noviembre del año pasado). Tabaquismo positivo. Ingrasa al servicio por presentar ataques de isquemia transitoria (AIT) en crescendo, con infarto cerebral 11 días previos al ingreso (corroborado por TAC). A la exploración física con crecimiento

pulsátil en base del hemicuello derecho, mínima secuela neurológica en extremidades. El Doppler reporta: Aneurisma de arteria carótida común derecha, con imagen de flujo con turbulencia a nivel de la dilatación. Manejo inicial a base de heparina no fraccionada a dosis plenas. Ante persistencia de AIT se decide realizar cirugía, efectuándose exclusión del aneurisma e interposición de injerto subclavio-carotídeo derecho, con tiempo promedio de pinzamiento 19 minutos para subclavia y 11 minutos para carótida, se coloca injerto sintético del tipo de PTFe. Hallazgos: aneurisma a la altura del nacimiento de la arteria carótida derecha, con diámetro aproximado de 3.5 cm. Control PO sin complicaciones, manejo en UCI por espacio de 2 días. Evolución satisfactoria y egreso a su domicilio. Dos meses y medio del PO suspende el anticoagulante oral y presenta ateroembolismo Aorto-iliaco, se resuelve por tromboembolectomía bifemoral. **Resultados:** Evolución actual satisfactoria, sin secuela neurológica. **Conclusiones:** La importancia de esta patología radica en su diagnóstico y tratamiento oportunos, por el elevado riesgo de secuelas. Y morbilidad elevada.

334 TC-185

CIRUGÍA MICROVASCULAR EN TRAUMATISMO DE LA PIEL CABELLUDA

Pantoja ME, Burciaga AA, Fournier DFG
Servicio de Cirugía General del Hospital General de Durango.

Las lesiones de piel cabelluda son traumatismos que predominan en el sexo femenino y cuando son áreas extensas deben ser reconstruidas con manejo a base de microcirugía. Paciente femenino de 29 años. Con antecedente personal patológico pérdida de piel cabelluda por avulsión hace 16 años, reconstruida con injertos cutáneos de espesor parcial. Inicia su padecimiento 72 horas antes de su ingreso al sufrir accidente automovilístico, con pérdida de piel de cráneo. A su ingreso, consciente, con signos vitales normales. Cabeza con alopecia, con lesión en región temporoparietal derecha de aproximadamente 10 cm con exposición de tabla externa. Se maneja con curaciones, se realiza estudio Doppler en región temporal derecha que muestra pulso temporal aceptable, se realiza colocación de colgajo libre musculocutáneo de dorsal ancho 2 semanas posterior a su ingreso, se levanta colgajo de dorsal ancho derecho con huso de piel y seccionando pedículo vascular desde la región subescapular, se localizan arteria y vena temporales superficiales en la región preauricular derecha, se cierra área donadora en forma usual y se lleva colgajo a región temporal realizando anastomosis vascular arterial y venosa con nylon 8/0, se encuentra colgajo con sangrado aceptable, el cual se fija en cráneo y se aplican injertos cutáneos sobre masa muscular. Se maneja postquirúrgicamente con antibioterapia, analgésicos, heparina 3,000 UI, antiagregantes plaquetarios, y curaciones en piso. Evoluciona hacia la mejoría y al sexto día postquirúrgico se da de alta, con buena viabilidad de colgajo.

335 TC-208

MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO DE MIEMBRO PÉLVICO IZQUIERDO: RÁPIDA EVOLUCIÓN

Pérez-Dosal M, González-Monroy LE
Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

El melanoma de extremidades es una patología extremadamente problemática debido a que la sobrevida es de meses a años. Su incidencia es hasta del 0.8%. Si la extremidad no es tratada oportunamente, estas lesiones se pueden presentar como ulceración, sangrado, dolor, lesiones profundas, y requieren un abordaje agresivo. Son mejor tratados con perfusión a altas dosis de quimioterapia. El presente caso muestra la rapidez en la presentación de la patología, y la limitante en el tratamiento cuando no se detecta a tiempo. Presentamos el caso de femenino de 45 años, antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos irrelevantes. Diez meses evolución con anemia, astenia, adinamia. A los 6 meses dolor ardoroso en miembro pélvico izquierdo en cara interna de muslo con cambios de coloración tendiente hacia negro. Hace 20 días con

úlcera con costra periférica, dolor opresivo. Aumento del volumen del miembro. Lesión de 9 x 9 cm ulcerada, con bordes irregulares, fondo sucio, necrótico, induración perilesional hasta región inguinal. Se tomaron biopsias con diagnóstico de melanoma maligno de tejidos blandos. Placa de tórax con derrame pleural izquierdo que amerita sonda pleural, interconsulta a oncología médica y quirúrgica indican TAC, mostrando metástasis pulmonar ipsilateral. Paciente en malas condiciones generales con Karnofsky menor 60% no candidata a manejo quirúrgico y quimioterapia, sólo paliativas. Es egredida por máximo beneficio. Fallece un día después.

336 TC-246

COMPARACIÓN MACRO Y MICROSCÓPICA DE LA EXTENSIÓN DE LESIONES VASCULARES POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO

Tirado AMA, Chavarría RM, Mejía CG

Departamento del Distrito Federal.

Resumen: El presente trabajo se realizó posterior a la idea de que una resección de un vaso arterial con lesión de proyectil de arma de fuego debe realizarse de acuerdo a la zona afectada, esto se realiza de forma macroscópica, sin embargo no existe un fundamento que refiera cuanto es lo que se debe resecar en este tipo de lesiones. Por lo cual se realizó el presente trabajo. Las lesiones por proyectil de arma de fuego producen una zona de quemadura y de contusión y que debe ser valorado en el momento de la resección, refiriéndose en la literatura que la resección debe realizarse de aproximadamente 3 a 1 cm tanto proximal como distal a la lesión. Sin embargo, en nuestro hospital la resección se realiza de 5 mm a 1 cm con buenos resultados. Pero siempre la incógnita de que si los bordes se encuentran libres de lesión (quemadura o contusión). Ya que la resección se realiza sólo por la valoración macroscópica en el momento de la cirugía por lo que nos apoyamos del servicio de patología para valorar las piezas y definir el nivel de lesión y que tipo de lesión. Con el fin de evitar lesiones futuras. En un periodo de 8 meses se estudiaron 25 pacientes de los cuales sólo 12 presentaron lesiones por arma de fuego, enviando las piezas a patología. Refiriéndose en el resultado que en el 100% presentaron zonas de necrosis en toda su extensión incluso en piezas con 4 cm de longitud del borde proximal. Por lo cual se debe analizar realizar una resección mayor para evitar complicaciones a futuro. Como pudieran ser fistulas estenosis, y que pueden llegar a presentarse hasta 2 años posteriores a la cirugía.

337 TC-254

ANEURISMA FEMORAL ROTO CON FÍSTULA ARTERIOVENOSA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rascón OP, Guerrero RA, Silva AAI, Hernández RF, Meza VHJA, Salas GA, Meza SJG
Hospital Juárez de México.

Antecedentes: El aneurisma femoral representa el 20% de los aneurismas periféricos. La mayoría tiene etiología degenerativa, la incidencia es mayor en hombres 20-30:1 y la edad promedio es 65 años. Más del 50% son bilaterales y hasta el 75% puede tener un aneurisma aórtico. La manifestación clínica más importante es la embolización distal que representa el 10% de los casos, la trombosis ocurre en el 1-16%. La ruptura ocurre en el 1-14%. Objetivo: Describir la experiencia de un caso. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial de larga evolución controlada, inicia tres meses previos a su ingreso con aumento de volumen de pierna izquierda, posteriormente presenta disminución de temperatura y palidez, claudicación intermitente hasta llegar a la postración, hay disminución de temperatura, con dolor y disminución de fuerza, pulsos distales disminuidos de intensidad, llenado capilar 3 segundos. Se realiza USG Doppler reportando pb aneurisma ileofemoral con hematoma retenido y sangrado activo. Resultados: Se realiza cirugía encontrando aneurisma femoral con diámetro de 5 cm desde ilíaca hasta tercio medio de femoral, hematoma coagulado de 1,000 cc, perforación de femoral tercio medio, y fistula arteriovenosa de femoral. **Conclusión:** Las indicaciones para

el tratamiento quirúrgico incluyen isquemia del miembro pélvico como resultado de oclusión aguda, embolia distal y la presencia de diámetro mayor de 2.5 cm. La resección del aneurisma es innecesaria y puede ser riesgosa. En el caso de trombosis la trombectomía.

338 TC-271

ANEURISMA VERDADERO DEL ARCO PALMAR SUPERFICIAL EN MANO DERECHA DE UN NIÑO DE 11 AÑOS CON CAMPTODACTILIA, PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Mucharraz-Díaz MH, Morales-Orozco C, Ranero-Juárez A

Departamento de Cirugía General y Cirugía Cardiovascular. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". SS.

Presentamos el caso de un paciente con asociación de dos patologías por sí mismas de orden poco común y que en este caso están asociadas en un paciente. Se trata de un aneurisma verdadero del arco superficial palmar, lesión tradicionalmente asociada a un episodio de trauma. Antecedente del que carece nuestro paciente. De forma concomitante presenta camptodactilia, lesión que ocurre en el 1% de la población y que es una deformidad en flexión de la articulación interfalángica proximal. Se presenta el abordaje diagnóstico, manejo multidisciplinario CPN genética, cirugía, rehabilitación y seguimiento. El manejo quirúrgico establecido fue resección del aneurisma sin reconstrucción, con flujo cubital suficiente para lograr perfusión adecuada. El postoperatorio y rehabilitación ha sido satisfactorio, se ha preservado la función motora y sensitiva. La camptodactilia ha sido tratada con rehabilitación con una mejoría evidente desde el noveno mes.

339 TC-300

LINFEDEMA GIGANTE Y SU TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EXITOSO, PRESENTACIÓN DE CASO

Hernández GMG, Moyeda BR, Sarmiento HO, Pacheco BF

Hospital Regional del ISSSTE "José Francisco Rodríguez", Saltillo Coahuila.

Antecedentes: La mayoría de los linfedemas son tratados en fases tempranas respondiendo bien conservadoramente, los procedimientos quirúrgicos la mayoría de las veces son desdeñados por falta de experiencia y altas probabilidades de oclusión de derivaciones linfovenosas y desconocimiento de otros métodos diagnósticos. **Presentación del caso:** Femenino de 58 años, presenta aumento de volumen en miembro pélvico izquierdo, perímetro de 130 cm, formación de pliegues, aumento de peso de extremidad de 50 kg, refiere deformidad y aumento de volumen durante 8 años. Por falta de recursos, se realiza sólo ultrasonido abdominal descartándose tumoraciones malignas u obstrutivas. Se realiza procedimiento inicial al nivel de muslo resecándose en bloque piel y tejido celular subcutáneo hasta aponeurosis muscular y extendiéndose un colgajo para cierre primario, obtuvimos durante este procedimiento 6 litros de linfa y sangrado. La cicatrización es adecuada. Es reintervenida dos ocasiones con intervalos de 3 meses, resecándose zonas deformes por estasis linfática. **Resultados:** Ha recuperado deambulación no asistida, disminución de peso de extremidad en 15 kg perímetro de 80 cm. Continuas medidas de higiene linfovenosas y uso de soporte externo. **Discusión:** Resaltamos la necesidad de complementar un protocolo de estudio linfático, un estricto control de peso, alimentación y uso de soporte elástico para que el tratamiento quirúrgico sea exitoso. **Conclusiones:** Resecar tejido deformado por un linfedema seguirá siendo una opción para este tipo de patologías y una oportunidad más para los pacientes que sean limitados en sus actividades básicas o que produzcan efectos negativos en la aceptación de la deformidad en el paciente.

340 TC-315

EXPERIENCIA DE LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES VENOSOS PERMANENTES PARA QUIMIOTERAPIA

Hinojosa PA, González PJL, Castillo LL, Piza BRH, Muñiz LR
Hospital General Regional Vicente Guerrero IMSS, Acapulco.

Antecedentes: Desde los 80s el uso de catéteres de accesos venosos permanentes produjo una mejora en seguridad y calidad de vida de pacientes oncológicos sometidos a terapias intravenosas prolongadas, para administrar esquemas poliquimioterápicos complejos. **Objetivo:** Reportar la experiencia en la colocación de catéter venoso permanente con alojamiento de titanio y diafragma de silicona anclado a la fascia pectoral y diseñado para soportar punciones repetidas con aguja de Huber. Material y métodos: Estudio descriptivo, 30 pacientes, septiembre del 2001 a mayo del 2002. Variables estudiadas: Sexo, edad, inserción por punción directa o por disección de la vena cefálica, tiempo de seguimiento, complicaciones trans y postoperatorias, trombóticas, e infecciosas. **Resultados:** Treinta pacientes con colocación de catéteres venosos permanente, 85% mujeres, edad de 48 años, 20 tumores de mama, 5 tumores de ovario y 5 leucemias. La colocación del catéter en el 80% por punción directa de la subclavia y 20% por disección de la cefálica. Todos los intentos exitosos. Seguimiento promedio de 5 meses (1 de 8 meses). 1 caso de sangrado importante por uso en exceso de heparina T-O, 2 casos de infección de herida quirúrgica y 2 casos de obstrucción por coágulo del catéter a los 2 meses. **Conclusiones:** Los pacientes se beneficiarían con un catéter venoso permanente. Por la estética, el confort, facilidad de mantenimiento, interferencia mínima con la vida diaria, menos infecciones, tolerancia a la QT prolongada y es un procedimiento seguro y disponible en cualquier momento.

341 TC-331

HERIDA CORTOCONTUNDENTE EN REGIÓN FEMORAL SIN LESIÓN DE GRANDES VASOS

Andrade BJ, Lucio GR
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: La incidencia de lesiones vasculares es desconocida. Dentro de ellas la vena femoral superficial es la lesionada con mayor frecuencia; las venas cava inferior y yugular interna le siguen en frecuencia. Los instrumentos punzocortantes son la causa más frecuente de lesiones, aunque en algunos centros el número de casos es similar al reportado por proyectiles, y en último lugar el trauma no penetrante. Al igual que en el caso de lesiones arteriales, la mayor parte de las lesiones venosas ocurren en las extremidades, ya que son susceptibles de traumatismo por su ubicación superficial. El tratamiento inicia con una evaluación rápida, estableciendo prioridades de tratamiento. Las lesiones venosas se tratan por lo menos con cinco métodos diferentes: ligadura, corrección con sutura lateral, anastomosis término-terminal, injerto de parche venoso, e injerto interpuesto. **Descripción de caso clínico:** Paciente sexo masculino, de 24 años de edad, ingresa al servicio de urgencias de HGZ No. 2 IMSS, S.L.P. al presentar herida cortocontundente en región

femoral izquierda, cara medial con estaca de madera al encontrarse en lugar de trabajo, por lo que se decide realizar exploración quirúrgica a cargo de cirugía vascular, describiéndose los siguientes hallazgos: solución de continuidad de 5 cm, objeto *in situ*, que al ser extraído se observa lesión de 30% de los músculos abductores, no se observa lesión de grandes vasos femorales, por lo que se realiza aseo quirúrgico y cierre primario de herida. Egreso satisfactorio a las 48 h. Final del formulario.

342 TC-334

TUMORACIÓN EN HUECO POPLÍTEO DERECHO. EN LA ACTUALIDAD, DIAGNOSTICADO FIELMENTE CON LAS MUY VALIOSAS PISTAS QUE NOS REGALA LA SEMILOGÍA Y EL ARTE DE SABER EXPLORAR. (LESIÓN DE BAKER O LESIÓN DE JABOULEY) CUÁLES SON LAS CONDICIONES TAN FINAS QUE LOS DIFERENCIAN

Riancho GJA
Hospital Ángeles del Pedregal.

Paciente que acude por presentar aumento de volumen de la región poplítea en toda su extensión. El dolor iniciaba al estar sentado en una silla común. Dolor de instalación rápida sobre todo al estar en contacto la región, con alguna superficie. Se realizan maniobras clínicas, mediante las cuales desciframos la incógnita. El paciente ha cursado con compresión extrínseca del paquete vasculonervioso, y al simularlo al extender la articulación, con el paciente en de cubito dorsal y las piernas a 60° sobre la horizontal, inician rápidamente las evidencias clínicas de que se trata de compresión extrínseca de alguna estructura, bien, que esté aumentada en sus dimensiones y comprime al paquete vasculonervioso, o que se trate de algunas tumoraciones que se pueden originar dentro del paquete vasculonervioso. Por ello se realiza una resonancia magnética con material contrastante con el objetivo de delimitar sin dudas la localización de los daños. En este caso decidimos realizar exploración quirúrgica del hueco o fosa poplítea, pues nos quedamos con el diagnóstico preoperatorio de lesiones múltiples quísticas que no vienen de la cápsula sinovial de la rodilla si no de alguna vaina muscular de la región. Se realiza el acto quirúrgico en donde localizamos varios quistes de innumerables dimensiones que iban desde 2 x 3 x 2 cm³, hasta de 4 x 5 x 4, adosados entre sí dependiendo de la membrana sinovial de la vaina aponeurótica del músculo semimembranoso, extendiéndose hasta lo más profundo de la fosa poplítea y promoviendo la formación de un lipoma, que a su vez comprimía en sentido opuesto el paquete vascular y neural de la región. Se reseca quirúrgicamente tanto el lipoma como los quistes, dejando finalmente totalmente liberado el paquete vasculonervioso y remitiendo los síntomas prácticamente una semana posterior a la cirugía.

