

Cirujano General

Volumen **25**
Volume

Suplemento **1**
Suplemento

Octubre-Diciembre **2003**
October-December

Artículo:

Trabajos en Presentación Oral del 001-103

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*

TRABAJOS EN PRESENTACIÓN ORAL

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 8 | Lesiones de carótida interna y común en un hospital de segundo nivel. | 12 | Cirugía de invasión mínima trans, retro, preperitoneal y mano-asistida en urología. Experiencia en un servicio de cirugía general. |
| 8 | Calcio y calcitrol en el manejo profiláctico de hipocalcemia postoperatoria en pacientes con enfermedad de graves-basedow en el Hospital General de Tlalnepantla. | 13 | Experiencia del servicio de laparoscopia en el tratamiento de colecistopatías en el hospital general regional de león guanajuato. |
| 8 | Patología incidental tiroidea en cirugía por hiperparatiroidismo. | 13 | Esplenectomía laparoscópica en enfermedades hematológicas de causa benigna en el hospital general regional de león. |
| 8 | Reintervención quirúrgica en procedimientos electivos de cuello. | 13 | Retroneumoperitoneoscopia y laparoscopia transperitoneal para resección de quistes renales. |
| 9 | Tumor de hürthle. | 14 | Experiencia en cirugía laparoscópica en el Hospital General de Zona, No. 30 Iztacalco, Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| 9 | Evolución clínica del cáncer insular de tiroides. | 14 | Tratamiento endoscópico del pseudoquiste pancreático. |
| 9 | Utilidad del ganglio centinela en el cáncer papilar de tiroides. | 14 | Colonoscopia como estudio inicial de sangrado de tubo digestivo bajo. Experiencia de 5 años. |
| 9 | Cirugía de tiroides: experiencia y resultados en un Hospital General de Zona. | 14 | Manejo endoscópico de la poliposis colónica: experiencia de 5 años. |
| 9 | La morbilidad no limita la extensión quirúrgica del cáncer diferenciado de tiroides. | 14 | Colecistectomía abierta micro-laparotómica (2 cm) no laparoscópica. |
| 10 | La medición automática de tumores adrenales utilizando realidad virtual: ¿es una mejor manera de definir una indicación quirúrgica? | 15 | ¿Es la colecistectomía laparoscópica un procedimiento ambulatorio? |
| 10 | Neoplasias endocrinas de páncreas. | 15 | Quemaduras, experiencia inicial con uso de heparina. |
| 10 | Colecistectomía laparoscópica: factores de predicción para conversión a cirugía abierta. | 15 | Anastomosis intestinales: mitos y realidades. ¿Es el inicio temprano de la vía oral un factor de riesgo para el fracaso de una anastomosis intestinal? |
| 10 | Funduplicatura laparoscópica con 3 puertos. Ventajas de la cirugía ambulatoria con el uso de mini-instrumentos. | 15 | Efecto de la reducción en la concentración de fibrinógeno de un sello de fibrina para mejorar el poder adhesivo en anastomosis de colon normal y patológico en rata. |
| 11 | Confiabilidad de la videotoracosopia en el diagnóstico definitivo de la patología pleuropulmonar y mediastinal. | 16 | Anastomosis colónicas en una sola capa continua con poligliconato (MAXON) vs anastomosis en dos capas con catgut crómico y seda: estudio experimental. |
| 11 | Colecistectomía laparoscópica ambulatoria (CLA). | 16 | Desarrollo de un modelo experimental canino de estenosis traqueal (ET) |
| 11 | Experiencia en 20 pacientes en cirugía totalmente laparoscópica del colon izquierdo. | 16 | Trasplante singénico segmentario de intestino, de donador adulto desarrollado a receptor joven en crecimiento. |
| 11 | Aplicaciones experimentales de la cirugía endoscópica, en enfermedades de los vasos sanguíneos de los miembros pélvicos. | 16 | Uso de sello de fibrina en cirugía de hipospadia para disminuir la frecuencia de fístulas uretrocutáneas y dehiscencia de colgajo de neouretra. |
| 12 | Apendicectomía laparoscópica: experiencia a 10 años Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Hospital "Médica Sur". México DF. | 17 | Reducción de la resorción del injerto óseo en la reconstrucción de la hendidura alveolar con la aplicación del gel de fibrina. |
| 12 | Reparación primaria en perforaciones esofágicas por cirugía laparoscópica para acalasia. | | |
| 12 | Apendicectomía laparoscópica: experiencia inicial de 100 casos en un hospital general de zona. | | |

- 17 **Experiencia en atresia de vías biliares en un hospital pediátrico, revisión de 10 años.**
- 17 **Manejo quirúrgico de la persistencia de conducto arterioso en un Hospital de 2do Nivel. Reporte de 44 casos.**
- 17 **Ileocelectomía laparoscópica vs convencional en enfermedad de CROHN.**
- 18 **Uso de toxina botulínica en fisura anal crónica.**
- 18 **Relación de los hallazgos histológicos con la resistencia en anastomosis de colon normal y patológico, posterior a tratamiento con sello de fibrina hipoconcentrado.**
- 18 **Grado de asociación de micrometástasis a médula ósea en pacientes con cáncer colorrectal en etapa curativa y su relación con extensión ganglionar local.**
- 19 **Cierre primario en el tratamiento quirúrgico del trauma de colon.**
- 19 **Diagnóstico y tratamiento del trauma de recto: evaluación prospectiva.**
- 19 **Ligadura doppler en el tratamiento de la enfermedad hemorroidal.**
- 20 **Ganglio centinela para estadificación en el cáncer de colon.**
- 20 **Apendicitis aguda modificada por medicamentos: realidad o mito.**
- 20 **Mucosectomía rectal como tratamiento de hemorroides internas. Experiencia de un hospital privado.**
- 21 **Evaluación del colgajo endorrectal por avance en el tratamiento de las fístulas rectovaginales.**
- 21 **Sangrado de tubo digestivo bajo. Colonoscopia diagnóstica 2002.**
- 21 **Uso de la técnica de doble engrapado en cirugía colorrectal. Revisión retrospectiva de una experiencia institucional de ocho años.**
- 22 **Polipectomía endoscópica. Experiencia en el servicio de cirugía de colon y recto. Hecmn s.xxi, imss. Resultados preliminares.**
- 22 **Apendicitis aguda complicada: tratamiento quirúrgico.**
- 22 **Nuevo signo apendicular en flanco derecho o signo apendicular de orozco.**
- 22 **Cianoacrilato en cierre de herida por cirugía laparoscópica.**
- 22 **¿Es la ileoanoanastomosis con reservorio ileal, realizada mediante grapadora, un procedimiento adecuado para pacientes de cuci y poliposis familiar, comparado con la literatura?**
- 23 **En los pacientes con cuci sometidos a ileoanoanastomosis con bolsa ileal ¿será la realizada con engrapadora mejor en cuanto a resultados, que manual?**
- 23 **Estado actual de las colonoscopias (2003) en el servicio de gastroendoscopias del hospital de especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza".**
- 23 **Cromoendoscopia del colon. Utilidad de la tinción de índigo carmín en el diagnóstico de lesiones no detectadas por endoscopia simple: ensayo clínico. Reporte preliminar.**
- 24 **El uso de multimedia como método de enseñanza en la colecistectomía laparoscópica con exploración de vías biliares.**
- 24 **Cirugía abdominal en el paciente mayor de 80 años, reporte de 5 años.**
- 24 **Cirugías ¿factor cualitativo y cuantitativo en una residencia quirúrgica?**
- 24 **El bajo precio de la información exacta para la educación del cirujano general.**
- 25 **Esofagectomías con ascenso gástrico en un centro médico nacional.**
- 25 **Perforación esofágica. Estudio retrolectivo a cinco años.**
- 25 **Virus del papiloma humano en cáncer esofágico y esófago de barrett.**
- 25 **Relación entre el valor de la presión intraabdominal y las alteraciones intraabdominales en pacientes con abdomen agudo quirúrgico.**
- 26 **Infección del sitio operatorio y su relación con estancia hospitalaria prolongada en un Hospital General de 2° Nivel.**
- 26 **Tratamiento quirúrgico de erge, comparación de dos técnicas; cirugía tradicional contra endoscópica.**
- 26 **Esofagopexia posterior con hemifunduplicatura anterior por laparoscopia, una nueva técnica quirúrgica para tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.**
- 26 **Esofagopexia posterior y hemifunduplicatura anterior: resultados preliminares.**
- 26 **Sensibilidad y especificidad del ultrasonido para diagnóstico de apendicitis aguda en un Hospital del Valle de México.**
- 27 **Cáncer gástrico hereditario: características clínicopatológicas y variables asociadas a pronóstico en pacientes jóvenes.**
- 27 **Reducción del tiempo de cierre de las fístulas enterocutáneas postquirúrgicas con el uso de sello de fibrina.**
- 27 **El tratamiento quirúrgico es más efectivo en acalasia.**
- 27 **Funduplicatura en "V": demostración de la técnica anatómica y funcional.**

- | | |
|--|--|
| <p>28 Utilidad de la laparoscopia para determinar reseca-
bilidad en cáncer gástrico (cg) y evitar laparotomías
innecesarias (li).</p> <p>28 Causas más frecuentes y morbimortalidad del pa-
ciente adulto mayor con urgencia quirúrgica abdo-
minal, atendido en el hospital general de zona nú-
mero 27, " Dr. Alfredo Badallo García", del Instituto
Mexicano del Seguro Social.</p> <p>28 Epidemiología del cáncer gástrico en el Hospital
General de México (1989-2003); y su relación con
<i>helicobacter pylori</i>.</p> <p>29 Experiencia en la extracción de cuerpos extraños
en el tracto digestivo superior en el Hospital de
Especialidades del Centro Médico Nacional "La
Raza", IMSS.</p> <p>29 Endoscopia del estómago operado en el 2003. Hos-
pital de Especialidades Centro Médico Nacional "La
Raza" IMSS México DF.</p> <p>29 Hemorragia del tubo digestivo superior, experien-
cia en el diagnóstico y manejo endoscópico en un
hospital de concentración.</p> <p>30 Reparación preperitoneal con malla y laparotomía
exploradora en la hernia inguinal estrangulada.</p> <p>30 Estudio comparativo de hernioplastia inguinal libre
de tensión vía laparoscópica con técnicas abiertas
sin tensión.</p> <p>30 Reparación de hernia inguinal con técnica abierta,
utilizando malla de politetrafluoroetileno expandi-
do (PTFEE).</p> <p>30 Correlación anatómica de la región inguinal en cadá-
ver humano y en vivo, desde la óptica endoscópica.</p> <p>31 Seguridad del uso de material protésico en la repa-
ración de hernias contaminadas.</p> <p>31 Reparación de hernia inguinal con malla tipo phs.
Experiencia en hospital privado.</p> | <p>31 Plastía inguinal híbrida libre de tensión empleando
un kit prefabricado (hernial). Experiencia en una
unidad de cirugía ambulatoria.</p> <p>31 Hernia inguinal, experiencia de 115 casos repara-
dos con prótesis de polipropileno. Comparación
entre un hospital público y un hospital privado.</p> <p>31 Hernioplastia inguinal: comparación entre técnicas
sin tensión y con tensión. Estudio prospectivo y
aleatorizado en el Hospital General de México, OD.</p> <p>32 Reparación de lichtenstein para hernias femora-
les. Experiencia de 7 casos.</p> <p>32 Técnicas quirúrgicas aplicadas para el tratamiento
de la hernia inguinal en el adulto.</p> <p>32 El uso de la colangioscopia virtual en el diagnósti-
co de coledocolitiasis.</p> <p>32 Experiencia de manejo en lesiones iatrogénicas de
la vía biliar y su reconstrucción, 116 casos, en el
Hospital de Especialidades del Centro Médico "La
Raza", IMSS.</p> <p>33 Detección de <i>helicobacter pylori</i> en lesiones pre-
malignas y malignas de vesícula biliar por immuno-
histoquímica.</p> <p>33 Factores pronósticos en cáncer de vesícula biliar.</p> <p>33 La dilatación del conducto cístico con dilatadores
de bakes para la extracción de cálculos en el colé-
doco. Una alternativa para evitar la coledocotomía.
Reporte de tres casos.</p> <p>34 Colecistectomía laparoscópica en pacientes con he-
patomegalia secundaria a insuficiencia cardiaca.</p> <p>34 Implicaciones pronósticas para preservar la con-
fluencia de la vía biliar, después de una lesión ia-
trogénica.</p> <p>34 Tratamiento quirúrgico de las lesiones po de la vía
biliar.</p> |
|--|--|



CABEZA Y CUELLO

001 TL-003

LESIONES DE CARÓTIDA INTERNA Y COMÚN EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Álvarez MJE, Muñoz AA

Secretaría de Salud del Gobierno del D.F. Hospital General Balbuena.

Introducción: El trauma vascular de cuello es una cirugía desafiante para el cirujano general, en México es una de las principales causas de mortalidad por lo que el objetivo de este trabajo es describir los casos de trauma vascular de cuello que involucran a la arteria carótida común e interna en un hospital de segundo nivel. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo de pacientes con trauma de cuello que presentaban lesión de carótida interna y común en un periodo de 5 años comprendido del 01 de enero de 1996 al 30 de septiembre del 2000 en el Hospital General Balbuena. **Resultados:** Se valoraron 19 casos de trauma de cuello siendo 17 masculinos y 2 femeninos, de estos 11 fueron por HPPAF, 7 por HPIPC y 1 por trauma cerrado; de los procedimientos quirúrgicos realizados se efectuaron 9 ligaduras y 10 reparaciones, las cuales fueron vasa-vaso anastomosis término terminal, colocación de injerto autólogo y sintético así como rafia del vaso lesionado, se presentaron 5 defunciones. **Conclusiones:** La mortalidad en este estudio fue por arriba de lo reportado por la literatura mundial pudiendo estar relacionada al tiempo de evolución; 4 horas así como al manejo con ligadura, los pacientes con revascularización presentaron menos secuelas que los de ligadura, las lesiones asociadas con mayor frecuencia fueron la vena yugular interna e hipofaringe.

002 TL-004

CALCIO Y CALCITROL EN EL MANEJO PROFILÁCTICO DE HIPOCALCEMIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW EN EL HOSPITAL GENERAL DE TLALNEPANTLAAznar AJ, Aguilar SJ, Ramírez OB, Gomezcordero LR, Ovando JE, Pazaran MC, García NR, Vargas HJ, Ortiz ZM, Aznar JA
Hospital General de Tlalnepanla "Valle Ceylán" ISEM.

Antecedentes: La hipocalcemia en el postoperatorio de tiroidectomía total para control de enfermedad de Graves es relevante. **Objetivos generales:** Analizar la evolución de los pacientes sometidos a tiroidectomía por Graves, administrando calcio y calcitrol. **Objetivos específicos:** Demostrar que la administración de calcio y calcitrol evitan síntomas de hipocalcemia en pacientes postoperados de tiroidectomía total. Observar en el postoperatorio mediato presencia de los signos de hipocalcemia. Comparar la presencia de signos de hipocalcemia pacientes, que no recibieron manejo. Evaluar comparativamente la presencia de signos de hipocalcemia en el grupo que recibió calcio y calcitrol contra el que no. **Material y métodos:** Se analizaron expedientes de 28 pacientes sometidos a tiroidectomía para control de enfermedad de Graves de enero de 1998 a diciembre del 2001, se registraron manifestaciones clínicas de hipocalcemia y si recibieron suplemento o no. Grupo control (12 pacientes) no recibió suplemento. Grupo problema (16 pacientes) recibió calcio (600 mg cada 8 h) y calcitrol (0.25 µg cada 24 h) en periodo mediato (24 horas) y tardío (hasta 6 meses) se registraron manifestaciones de hipocalcemia en ambos grupos. **Resultados:** Ocho pacientes (66%) del grupo control refirieron sintomatología. Sólo 4 (33%) asintomáticos. Trece (81.2%) del grupo problema no tuvieron manifestaciones. Tres pacientes (18.2%) del grupo control tuvieron manifestaciones, pese a administración, de calcio y calcitrol. Sólo un paciente persiste con manifestaciones. **Conclusiones:** La administración de calcio (600 mg cada 8 h) y calcitrol (0.25 µg cada 24 h) es suficiente para evitar las manifestaciones clínicas de hipocalcemia en porcentaje importante de pacientes sometidos a tiroidectomía total.

003 TL-076

PATOLOGÍA INCIDENTAL TIROIDEA EN CIRUGÍA POR HIPERPARATIROIDISMOFariás LLOA, Merino YVMD, Olivares BJ, González OA, Pérez RJV, Pedraza RMT, Taleri DAG, Sereno TS
IMSS, H.E. Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: El avance en diagnóstico clínico, radiológico y laboratorio, la mejora continua de métodos e instrumentos de rastreo transquirúrgico proponen a la cirugía de hiperparatiroidismo abordaje endoscópico o mínima invasión con excelentes resultados, depurando la posibilidad de error del procedimiento por adenoma paratiroideo, no así el problema asociado de glándula tiroidea. Múltiples autores reportan patología incidental de tiroidea en cirugía por hiperparatiroidismo. **Objetivo:** Prevalencia de patología incidental de tiroidea en cirugía por hiperparatiroidismo primario. **Material y métodos:** Transversal, descriptivo, retrospectivo. Sede: H.E. CMNO, Guadalajara, Jal. Cirugía Endocrina. Del 01/10/95 al 31/05/03. Pacientes: Diagnóstico hiperparatiroidismo primario, se realizó exploración quirúrgica de cuello; registro de: Calcio sérico, TSH y T4, TAC, USG, Sestamibi, ETO de lesión sospechosa de tiroidea, cirugía programada y la cirugía realizada, diagnóstico histopatológico. Medidas de tendencia central, dispersión, proporción y prevalencia. **Resultados:** Sospecha diagnóstica prequirúrgica de patología tiroidea a la par en 4 casos (9.09%) contra el histopatológico: 16 lesiones (36.36%) de 44 intervenciones por hiperparatiroidismo primario, un (27.27%) no diagnosticado prequirúrgicamente. TSH, T4 sin alteraciones, 3 cáncer papilar. Cambiando los procedimientos quirúrgicos programados. **Conclusiones:** Existe evidencia bibliográfica y en nuestro estudio, que la proporción de pacientes con patología tiroidea a la par en intervenciones por hiperparatiroidismo primario es estadísticamente significativa. La intervención para hiperparatiroidismo debe continuar al menos en este momento como una exploración quirúrgica de cuello y no como cirugía de paratiroides. Existe poca experiencia y no se conocen los resultados a largo plazo y la necesidad de reintervención a futuro de patología tiroidea no diagnosticada.

004 TL-077

REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS DE CUELLOFariás LLOA, Merino YVMD, Olivares BJ, González OA, Pérez RJV, Pedraza RMT
IMSS, H.E. Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: Existen múltiples patologías en cuello, que requieren tratamiento quirúrgico, incluyen glándulas y tejidos complejos. En ocasiones el diagnóstico y tratamiento se realiza sin eventualidades, en otras, un diagnóstico erróneo, una inadecuada indicación de tratamiento, variaciones anatómicas, provocan una 2da o 3ra reintervención, técnicamente compleja, mayores complicaciones, días hospital y costos. **Objetivo:** Prevalencia de reintervenciones programadas (recidiva o persistencia). **Material y métodos:** Transversal, comparativo. H.E. CMNO, Guadalajara, Jal. Cirugía Endocrina, periodo 01/10/96 al 02/12/02. Medidas de tendencia central, razón de momios, Chi² y T.E Fisher. Excluyéndose: urgencia y tumoraciones de tejidos blandos. Grupos: 1. Casos tratados en Hospitales Generales enviados al CMNO (complicados) y 2. Casos tratados inicialmente en CMNO y reintervenidos. Registro: Diagnóstico prequirúrgico, histopatológico, cirugías previas, tiempo desde la cirugía inicial, cirugía realizada. **Resultados:** Siete años, 362 casos (tiroidea, paratiroides y quiste tirogloso), 3 hombres, 24 mujeres, edad promedio 34/45 años respectivamente. Total reintervenciones 27/(7.45%), correlación diagnóstico prequirúrgico y definitivo 24 casos. Mayoría: Cáncer papilar 10, BMN 6. Tres pacientes con > 2 cirugías previas, tiempo desde la primera cirugía 1-3 años promedio, (3 > de 19 años), prevalencia del H.E. CMNO vs HGZ: Paratiroides 12.2/12.2%, Tiroidea 1.63/5.88%, Q. tirogloso 1.65/5.83%. Odds ratio: Tiroidea 6.8 (IC 2.29 a 21.63) p = < 0.05, paratiroides T. Fisher p = 0.6, Q. tirogloso p = 0.41. **Conclusiones:** CMNO recibe pacientes con múltiple manejo, mala respuesta o inadecuada indicación terapéutica, dando pauta a casos complicados. Odds ratio en tiroidea 6.8. (probabilidad de reintervención mayor de los pacientes enviados de HGZ que los tratados en el CMNO inicialmente).

005 TL-079

TUMOR DE HÜRTHLE

Barrera RF, Cervantes SC, Galindo GF, Gracida MN, Hurtado LM, Jalife MA, Meza VM, Toledo NR, Vega CS, Martínez RJ
Hospital General de México.

La glándula tiroides es susceptible de desarrollar cierto tipo de neoplasmas malignos entre los que se encuentran desde el tumor de comportamiento más noble, hasta el tumor más agresivo de la economía; hay igualmente tumores de grados intermedios y otros que no tienen un comportamiento anatómico y fisiopatológico aún bien definido. Entre estos tumores se encuentran el llamado tumor de células de Hürthle, que es un tipo especial de tumor folicular del cual no hay aún consenso sobre su diagnóstico clínico, el manejo quirúrgico, su evolución e historia natural, habiéndose sugerido por Thompson manejo mediante tiroidectomía total, por el riesgo reportado de degeneración maligna, hasta medidas más conservadoras como la hemitiroidectomía y vigilancia. Se presenta el análisis de los casos de tumor de células de Hürthle atendidos en el servicio de cirugía general del Hospital General de México en el periodo comprendido de 1988 a 2003, se analiza la presentación, datos clínicos y el criterio quirúrgico radical o conservador aplicado, así como el seguimiento; además de presentar una amplia revisión de la literatura de donde se extrae un algoritmo de diagnóstico y manejo integral en este dilema del cirujano.

006 TL-088

EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL CÁNCER INSULAR DE TIROIDES

Luna OK, Hurtado LLM, Domínguez MH, Zaldívar RFR, Ramírez MR, Herrera GA, Barrera FJL.
Hospital General de México - Instituto Nacional de Cancerología.

Antecedente: El cáncer insular de tiroides, es poco frecuente y pertenece al grupo de cáncer moderadamente diferenciado. **Objetivo:** Mostrar el comportamiento biológico del cáncer insular de tiroides (CIT). **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, comparativo entre 13 pacientes con CIT (GI) y 71 con cáncer papilar de tiroides (CPT) (GII). Variables estudiadas: edad, sexo, tamaño tumoral (T), enfermedad tiroidea previa y evolución postoperatoria. Riesgo con base a MACIS, De GROOT y AMES. analizado estadísticamente con medidas de tendencia central, Kaplan-Meier, Cox-Mantel's logrank, t de Student y Chi cuadrada. **Resultados:** El GI con edad promedio 53.9 años y 12 mujeres, T 78 cm³, 7 con metástasis a distancia al ingreso, 5 tuvieron antecedentes de enfermedad tiroidea previa, sobrevida de 64% a 36 meses. El GII con 71 casos, 66 mujeres, edad promedio 40.5 años, T 42 cm³ y con metástasis identificables al ingreso en 4 pacientes, sobrevida de 94% a 36 meses. No se encontró diferencia estadística entre el T, sin embargo sí existió diferencia entre edad, siendo 15 años mayor para el CIT, así como para la sobrevida y presencia de metástasis: 61 y 53.8% en GI contra 93 y 5.3% de GII. **Conclusión:** El CIT es más agresivo, se presenta en la 6ª década de la vida con antecedente frecuente de enfermedad tiroidea previa, desarrolla metástasis a distancia lo cual incrementa su mortalidad al compararlo con el CPT.

007 TL-089

UTILIDAD DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES

Hurtado LLM, Zarco CJ, Basurto KE, Zaldívar RFR, Muñoz SO, Pulido CA, Cárdenas OA
Clínica de Tiroides del Hospital General de México.

Objetivo: Determinar la utilidad de identificación y estudio transoperatorio (ETO) del ganglio centinela (GnCt) en cáncer papilar de tiroides sin ganglios palpables. **Método:** Estudio prospectivo, transversal, comparativo con estándar diagnóstico en 48 pacientes con cáncer papilar tiroideo sin ganglios clínicamente palpables; divididos en dos grupos de 24 cada uno, grupo I (GI) con localización de GnCt mediante inyección intratumoral de azul patente, ETO del mismo y posterior tiroidectomía total más disección radical modificada de cuello. Grupo II (GII) con

el mismo tratamiento quirúrgico, sin localización del GnCt. Variables estudiadas: Metástasis en GnCt y relevos ganglionares de cuello, tamaño tumoral, multicentricidad, permeación vascular y/o linfática, extensión extracapsular. Análisis con medidas de tendencia central, sensibilidad, especificidad, valores predictivos (VP) y razones de probabilidad (RP). **Resultados:** Cuarenta y cinco mujeres, 3 varones; edad promedio 45 años (20-67). GI: Se identificó GnCt en 100%, 12 positivos a metástasis con metástasis a otro nivel. Doce GnCt negativo a metástasis; pero 3 casos positivos a otro nivel ganglionar. Todos unifocales, 6 con permeación vascular y 4 linfática, 7 con invasión capsular. Tumor 1.99 cm promedio GII: Control, 13/24 con metástasis positivas. Un caso multicéntrico y bilateral, 7 con permeación vascular y 5 linfática, 9 invasión capsular, tumor 1.98 cm promedio. La capacidad del GnCt de identificar metástasis en diferentes relevos cervicales presenta sensibilidad 80%, especificidad 100%, VP+ 100%, VP- 75%; prevalencia 62.5%, exactitud 87.5%, RP+ 0 y RP- 0.2. **Conclusiones:** La localización de metástasis en el primer relevo linfático del tiroides, es un buen indicador en la toma de decisión de la extensión quirúrgica en pacientes con cáncer papilar de tiroides.

008 TL-115

CIRUGÍA DE TIROIDES: EXPERIENCIA Y RESULTADOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA

Correa BG, Yáñez LA, Barrera HY, García VAB, Salinas VJC, Herviz PEA, Martínez BME
Departamento de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 4 IMSS Guadalupe Nuevo León.

Objetivo. Analizar la experiencia y resultados de histopatología de la cirugía de tiroides en un Hospital General de Zona. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal de los expedientes clínicos de los pacientes que experimentaron cirugía de tiroides en un periodo de 5 años, del 31 de marzo de 1998 al 31 de marzo del 2003. **Resultados:** Durante el presente estudio se analizaron 52 pacientes que experimentaron cirugía de tiroides, de los cuales 45 fueron mujeres (81%) y 11 hombres (19%), con edad promedio de 45.4 años (19-75 años). De forma ordinaria se realizó ultrasonido, gammagrama y pruebas de función tiroidea (20 eutiroides y 1 hipotiroideo) en todos los pacientes siendo el ultrasonido el estudio más específico (sensibilidad 95.2%), BAAF en 10 pacientes y TAC en 2. El resultado histopatológico fue 17 Ca papilar (30.4%), 34 adenoma folicular (60.8%) y 2 bocio difuso (8.6%). Se realizaron 26 tiroidectomías totales (47.8%), hemitiroidectomías 26 (47.8%) (25 izquierdas y 1 derecha) y 4 subtotales (4.3%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 120 minutos (45-165 minutos). Complicaciones en 2 pacientes (3.8%) (1 sangrado, 1 disfonía). **Conclusión:** La cirugía de tiroides se puede realizar de forma segura con escasa complicación y nula mortalidad.

009 TL-188

LA MORBILIDAD NO LIMITA LA EXTENSIÓN QUIRÚRGICA DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

Hurtado LLM, Zaldívar RFR, Basurto KE, Pulido CA, Muñoz SO, Cárdenas OA
Clínica de Tiroides, Cirugía General, Hospital General de México.

Antecedentes: Existe controversia en la extensión quirúrgica por cáncer diferenciado de tiroides, se ha limitado la tiroidectomía total argumentando que incrementa morbilidad. **Objetivo:** Evaluar si la extensión quirúrgica tiene relación directa con la morbilidad. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo transversal, comparativo en 823 tiroidectomías realizadas en 5 años con técnica quirúrgica sistematizada. Agrupados en grupo 1 (G1) con cáncer diferenciado de tiroides, grupo 2 (G2) con enfermedad benigna. Las variables estudiadas fueron hipocalcemia definitiva (HD), lesión de nervio laríngeo recurrente (LNL), lesión de rama externa de nervio laríngeo superior (LRENLS), a los 6 meses de postoperatorio, también se evaluó si la cirugía fue realizada por médico de base o residente. Se analizó por medidas de tendencia central y χ^2 con nivel de significancia de $p = 0.05$. **Resultados:** Se tuvo 766 mujeres y 57 varones, edad promedio de 42 años

(16-89). G1 con 195 casos, todos con tiroidectomía total (TT), con 4 (2.05%) HD, 2 (1.02%) LNLR, 3 (1.53%) LRENLS. Cuarenta y cinco casos fueron operados por residente. El G2 con 628 casos 56 TT y 572 hemitiroidectomías con 7 (1.1%) HD, 9 (1.43%) LNLR y 3 (0.47%) LRENLS. Ciento treinta y cuatro casos fueron operados por residente. Se comparó por medio de χ^2 con 1 gl, si existió diferencia entre cada variable y la presencia de cáncer, así como si operó o no un residente, no encontrando diferencias estadísticamente significativas. **Conclusión:** No existe razón alguna para limitar la extensión quirúrgica del cáncer diferenciado de tiroides con base en la morbilidad.

CIRUGÍA ENDOCRINA

010 TL-010

LA MEDICIÓN AUTOMÁTICA DE TUMORES ADRENALES UTILIZANDO REALIDAD VIRTUAL: ¿ES UNA MEJOR MANERA DE DEFINIR UNA INDICACIÓN QUIRÚRGICA?

Bacal D, Henri M, Arenas M, Dutson E, García A, Jourdan I, Soler L, Mutter D, Marescaux J
IRCAD/EITS, Université Louis Pasteur, Strasbourg, Francia.

Antecedentes: El tamaño de los tumores adrenales menores de 4 cm representan un menor riesgo de malignidad. **Objetivo:** El objetivo es utilizar un software de reconstrucción en 3D para medir el volumen de tumores adrenales. **Métodos:** Se utilizaron tumores adrenales para mostrar la factibilidad de la reconstrucción en realidad virtual en 3D. Las imágenes se tomaron de una TC contrastada con cortes de 2 mm utilizando un sistema de cómputo estación Unis SGI octano2 con un procesador R12000 a 400 MHz y 1Go de RAM de memoria. El programa automáticamente detecta, delinea y reconstruye los órganos intraabdominales. Las glándulas adrenales y los tumores se delinearón en forma manual. Se evaluó la posibilidad de medir el diámetro y el volumen de los tumores detectados. **Resultados:** Se reconstruyeron 3 pacientes con tumores adrenales por medio de la realidad virtual. La reconstrucción en 3D utilizó una interfase para que los órganos sean transparentes y sea factible interactuar, navegar y simular las cirugías. El software no fue capaz de reconstruir la glándula adrenal de manera automática. El volumen de los tumores fue calculado automáticamente. Un paciente tuvo 4 tomografías y las imágenes en 3D se pudieron sobreimponer para realizar un seguimiento. **Conclusiones:** Este estudio preliminar muestra que la RV se puede utilizar para visualizar los tumores adrenales en 3D. En un futuro, el cálculo de volumen de los tumores puede probar ser más real que sólo medir el diámetro y puede ser una guía clínica para su manejo. Se necesitan estudios clínicos que evalúen volumen vs diámetro.

011 TL-018

NEOPLASIAS ENDOCRINAS DE PÁNCREAS

Talleri DAG, Merino VD, González OA, Pérez VN, Medina QM, Sereño TS, Arenas QR
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: La prevalencia de patología endocrina quirúrgica de páncreas es baja, su principal representante es el insulinooma y la opción quirúrgica con fines curativos es alta. **Objetivo del estudio:** Reportar resultados de cirugías pancreáticas en tumores endocrinos de los últimos 5 años en un Centro Médico Nacional y revisión de la literatura. **Material y métodos:** Serie de casos retrospectiva, transversal, con análisis univariado y multivariado. **Resultados:** Se estudiaron un total de 9 pacientes, de los cuales 6 corresponden a insulinooma, 2 a nesidioblastoma y 1 glucagonoma. Dos fueron malignos. La edad de presentación fluctuó entre los 28 y 75 años, 2 fueron masculinos y 7 femeninos, como patologías asociadas los pacientes presentaron alergias/asma: 3 pancreatitis 1, páncreas ectópico 1, diabetes mellitus 2, eritema necrótico migratorio 1, hipertensión arterial 2 y adenoma suprarrenal concomitante 1. Ninguno de los pacientes presentó manejo médico previo a la intervención quirúrgica, en relación al problema principal, ningún paciente presentó ictericia, el dolor se encontró en 2 pa-

cientes referido como moderado. Como síntomas concomitantes encontramos: lesiones necróticas en piel 1, Hipoglicemias y síncope: 1, temblor fino 1, pérdida de peso 1, dolor reumático 1. No se encontró triada de Wipple, diagnóstico imagenológico con tomografía en 8 pacientes y ultrasonido en 5, todos los tumores fueron funcionales, la localización de los mismos fue: 2 en cabeza, 5 en cuerpo, 5 en cola, (encontrando afectada cabeza y cuerpo en 1 caso, cuerpo y cola en 2 casos). La localización macroscópica fue posible en todos los casos, mediante palpación del órgano o visualización directa. El tamaño del tumor en el rango entre 0.5 cm y 7.0 cm. La cirugía realizada fue pancreatectomía distal en 5 casos, enucleación en 2 casos, pancreatectomía subtotal en 3 casos (1 caso con pancreatectomía distal y enucleación en cabeza de páncreas). Esplenectomía en 2 casos, no se encontró NEM en ningún paciente manejado, tumor múltiple en un caso, considerados curados en la primera intervención quirúrgica 8 de los 9 pacientes, 1 reintervención para pancreatectomía complementaria, 2 pacientes desarrollaron diabetes mellitus secundaria a la intervención quirúrgica. Hasta el momento los 9 pacientes se encuentran vivos. **Discusión/Conclusiones:** La cirugía endocrina de páncreas a pesar de ser poco frecuente, cuenta con buenos resultados postoperatorios y técnicamente es factible reseca la lesión por evidencia macroscópica de la misma a la palpación del órgano.

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

012 TL-043

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: FACTORES DE PREDICCIÓN PARA CONVERSIÓN A CIRUGÍA ABIERTA

Meza VM, Rosas FM, López LJ, González RV, Vargas TE, Bonifaz CIJ, Ibáñez GO, Medina CJM
Servicio de Cirugía General, Hospital General de México OD.

Antecedentes: El abordaje laparoscópico es en la actualidad el estándar de oro para realizar una colecistectomía por enfermedad vesicular benigna. Sin embargo, algunos casos requieren conversión a cirugía abierta, los factores que contribuyen a la conversión en este tipo de procedimientos es algo que continúa siendo controvertido. **Objetivos:** 1. Identificar los factores de riesgo preoperatorios, que se relacionan con la conversión en colecistectomía laparoscópica electiva en la población atendida en este hospital. 2. Identificar las indicaciones de conversión en este tipo de cirugías. **Método:** Estudio retrospectivo, de 400 colecistectomías laparoscópicas. Analizando 21 variables sociodemográficas, clínicas, datos de laboratorio y radiológicos relacionándolas estadísticamente con el riesgo de conversión en el procedimiento señalado. **Resultados:** Existieron 24 conversiones, lo cual representa el 6%, las indicaciones de conversión fueron inflamación intensa, hemorragia, anatomía aberrante, fístula coledocoduodenal y sospecha de lesión del conducto biliar común. El IMC > 30 estuvo presente en el 75% de los pacientes que se convirtieron, el recuento leucocitario > 9,000 estuvo presente en el 80% de los pacientes que requirieron conversión, el grosor ecográfico de la pared vesicular > 6 mm, y la historia previa de pancreatitis fueron de alta prevalencia en este grupo de pacientes. **Conclusiones:** Es importante considerar la cuenta leucocitaria, la historia de pancreatitis, el IMC > 30 y el grosor ecográfico de la pared vesicular, para valorar el riesgo de conversión en colecistectomía laparoscópica, con el fin de buscar estrategias para disminuir la tasa de conversión.

013 TL-055

FUNDUPLICATURA LAPAROSCÓPICA CON 3 PUERTOS. VENTAJAS DE LA CIRUGÍA AMBULATORIA CON EL USO DE MINI-INSTRUMENTOS

Vela SI, Herrera EJ, Mucio MP, Ramírez SM, Palacios RJ, González ML, Sánchez GH
Departamento de Cirugía Endoscópica y Cirugía General. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". SS.

Objetivo: Comparar el abordaje con 3 puertos y miniinstrumentos con la técnica de 4 y 5 puertos de funduplicatura, así como evaluar sus

potenciales ventajas en términos de factibilidad, economía, tiempo quirúrgico, dolor postoperatorio, complicaciones atribuibles al procedimiento, estancia hospitalaria y resultados cosméticos. **Material:** De manera prospectiva, observacional y comparativa; se incluyeron pacientes entre 18 y 65 años, sin patología comórbida, con indicación quirúrgica de procedimiento antirreflujo. **Resultados:** Se incluyen 28 pacientes de diciembre del año 2001 a enero de 2003. Catorce pacientes seleccionados se sometieron a funduplicatura por cirugía endoscópica utilizando 3 puertos con el uso de instrumental de 3 mm (se presenta técnica quirúrgica) y 14 con técnica de 4 y 5 puertos de 10 mm. Los procedimientos fueron satisfactoriamente concluidos en todos los casos (100%), se evaluó el dolor postoperatorio en base a escala visual análoga en promedio de 3.79 puntos, necesidad de analgésico de rescate (necesario en un solo caso) (.07%) aunado al manejo analgésico con AINE y tiempo quirúrgico con beneficios favorables significativamente favorables para el grupo de 3 puertos. **Conclusiones:** Es factible la realización de procedimientos antirreflujo por cirugía endoscópica con tres puertos y uso de miniinstrumental, de manera segura, con resultados funcionales similares a procedimientos con 4 ó 5 puertos, con mínimo dolor postoperatorio, de manera ambulatoria, con excelentes resultados cosméticos.

014 TL-056

CONFIABILIDAD DE LA VIDEOTORACOSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DE LA PATOLOGÍA PLEUROPULMONAR Y MEDIASTINAL

López GS, Cisneros CVH, Argüelles CJ
Hospital Regional PEMEX, Cd. Madero Tamps.

Introducción: El estudio de la patología pleuropulmonar y mediastinal, incluye, Rx tomografías, broncoscopia, biopsias percutáneas. En ocasiones se requiere el apoyo de la videotoracoscopia. **Objetivo general:** Conocer la confiabilidad de la videotoracoscopia en el diagnóstico de la patología pleuropulmonar y mediastinal cuando los estudios anteriores no son concluyentes. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de pacientes con patología pleuropulmonar o mediastinal de enero 2002 a mayo 2003 estudiados por clínica, radiografía y tomografías de tórax, biopsia percutánea y/o broncoscopia, se efectuó videotoracoscopia para diagnóstico definitivo. Se incluyeron 19 pacientes, 10 hombres y 9 mujeres edad promedio de 56 años con rangos mínimo de 18 y máximo de 75 años. **Resultados:**

Cuadro I. Enfermedad pleuropulmonar y mediastinal

Benigna = 10 pacientes		Maligna = 7 pacientes	
Tuberculoma pulmonar	4	Metástasis a pulmón	3
pacientes		pacientes	
Fibroma pulmonar	1	Carcinoma de células pequeñas	1
paciente		paciente	
Bula enfisematosa	1	Adenocarcinoma	1
paciente		paciente	
Quiste pericárdico	2	Ca. epidermoide mediastinal	1
pacientes		paciente	
Quiste entérico	1	Seminoma anaplásico mediastinal	1
paciente		paciente	
Lipoma mediastinal	1	No concluyente	2
paciente		pacientes	

Conclusiones: Nuestras descripciones muestran la utilidad y confiabilidad de la videotoracoscopia en el diagnóstico definitivo de enfermedad pleuropulmonar y mediastinal que no fue posible por clínica, tomografías, biopsias percutánea y/o broncoscopia, existen limitantes cuando las lesiones son pequeñas y centrales debido al colapso del parénquima pulmonar durante la cirugía.

015 TL-057

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA (CLA)

Prado E, Justo JJM, Theurel VG, De La Rosa PR, Lozano EA

Servicio de Cirugía y Anestesia, Hospital General de Puebla y Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Introducción: El tratamiento de la CCL es la colecistectomía laparoscópica. La experiencia ha logrado disminuir el tiempo de estancia hospitalaria hasta proponerse como procedimiento ambulatorio. Desde el primer reporte (1990), los centros reportan incremento de procedimientos cada año hasta lograrse éxito entre 60 y 87% de las CLA programadas. **Objetivo:** Reportar la experiencia de un Hospital General de la Secretaría de Salud con la CLA en un periodo de 10 años. **Método:** Pacientes programados para CLA haciendo hincapié en causas de falla, complicaciones y evolución. Pacientes ASA I, II y III, con vehículo, no foráneos y que ingresen 7:00 h, operados antes de las 14:00 h y alta máximo 20:00, con tolerancia a la vía oral y valoración anestésico-quirúrgica. **Resultados:** Diez años, 1,025 colecistectomías, 565 (55.12%) fueron laparoscópicas, 415 se programaron ambulatorias (71.7%) y de ellas 306 se llevaron a cabo exitosamente (75.5%), 17% hombres y 83% mujeres, edad de 14-85 años (40.5x), tiempo quirúrgico 25 a 155 min, 302 litiasis y 4 poliposis, recuperación de 3 a 9 h (6x). En 99 se difirió el alta: conversión (26), dolor (19), vómito (18), causa administrativa (17), foráneo (15) y preferencia del paciente (14). 0% de mortalidad, morbilidad 10.1%. **Conclusiones:** El factor de falla más importante fue la conversión, no intervienen el estado físico, obesidad, enfermedades asociadas o la duración de la cirugía; un programa de CLA en un hospital general de población abierta es factible y seguro.

016 TL-067

EXPERIENCIA EN 20 PACIENTES EN CIRUGÍA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA DEL COLON IZQUIERDO

Lozano DG, Montoya RJ, Oviedo MV
Hospital Ángeles del Pedregal.

A pesar de los beneficios de la cirugía laparoscópica del colon izquierdo, ésta ha sido aceptada lentamente por los cirujanos, por presentar una curva de aprendizaje prolongada, incrementándose el tiempo quirúrgico y la morbilidad del paciente. El objetivo de este estudio es evaluar los beneficios que esta técnica quirúrgica brinda al paciente. Estudio abierto, descriptivo, prospectivo y observacional en 20 pacientes intervenidos de resección del sigmoidees y/o colon descendente con técnica totalmente laparoscópica, desde el 27 de septiembre de 1995 al 31 de mayo del 2003 en donde se reportan los criterios de inclusión y exclusión, analizando las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, tiempo quirúrgico, complicaciones, dolor, inicio de la vía oral, estancia hospitalaria, estética, días de incapacidad. **Resultados:** Se sometieron a cirugía 20 pacientes 7 hombres y 13 mujeres con edad promedio de 48 años, con las siguientes patologías: enfermedad diverticular: 9; dolicosigma: 10; prolapso rectal: 1. Los promedios generales en los resultados son: tiempo quirúrgico: primeros diez pacientes 242 minutos y últimos diez pacientes 127 minutos; inicio vía oral: 2 días, estancia hospitalaria de 4 días, incapacidad laboral de 12 días, no hubo complicaciones graves. La variable más importante en el éxito de esta cirugía es el mantener el mismo equipo quirúrgico, con experiencia en cirugía abierta y laparoscópica avanzada. **Conclusiones:** La cirugía laparoscópica del colon, en manos expertas, es un medio de abordaje tan seguro como la cirugía convencional y tiene una función definida en un grupo seleccionado de pacientes.

017 TL-080

APLICACIONES EXPERIMENTALES DE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA, EN ENFERMEADES DE LOS VASOS SANGUÍNEOS DE LOS MIEMBROS PÉLVICOS

Fregoso AJM, Sereno TS, Orozco AMJO, Talleri DAG, Ruiz CJ, Hermsillo SJM, Altamirano LM
Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente. Departamento de Morfología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara.

Antecedentes: Las estructuras vasculares de los miembros inferiores, son motivo de una gran variedad de patologías que encuentran su so-

lución mediante procedimientos quirúrgicos varios. **Objetivo:** Reportar el trabajo de disección endoscópica de la región femoral, la factibilidad de la reparación por esta vía de la arteria y vena femorales, demostrar la técnica de safenectomía endoscópica y la exploración de hueco poplíteo en cadáver humano. **Material y métodos:** En el departamento de Morfología de la Universidad de Guadalajara, en cadáveres humanos, se realizó, mediante un laparoscopio, y lente de 30 grados, exploración del hueco poplíteo con sus estructuras musculares, vasculares y nerviosas, y se diseccionó la región femoral, para posteriormente reparar lesiones provocadas en la arteria y vena femorales. Con ayuda de un safenotomo convencional y bajo visión directa endoscópica, se realizó también safenectomía desde la rodilla hasta su desembocadura en la vena femoral. **Resultados:** Mediante este trabajo se identificaron con claridad todas las estructuras de la región poplíteo y los elementos vasculares y nerviosos de la región femoral, lo que permitió practicar exitosamente la reparación de sus vasos, y realizar safenectomía endoscópica. **Conclusiones:** El abordaje endoscópico permite una visión muy clara de la anatomía del hueco poplíteo, de la región femoral, realizar suturas vasculares intracorpóreas y extracción de vena safena. Las aplicaciones de la cirugía endoscópica en angiología son muy amplias y están aún por definirse.

018 TL-099

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA A 10 AÑOS HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ", HOSPITAL "MÉDICA SUR". MÉXICO DF

Alvarado AHA, Moreno PM, Palacios RJA, Freddy E, Pereira GFE, Rojano ME, González L, Herrera EJJ
Unidad de Cirugía Endoscópica del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Fundación Clínica "Médica Sur".

La apendicectomía laparoscópica, aún es un punto de controversia, a pesar de los buenos resultados obtenidos en series recientes. Esta técnica posee los mismos resultados que la cirugía abierta, pero ofrece ventajas como: menos dolor postoperatorio, mejores resultados estéticos, menor estancia hospitalaria, reduce la incidencia de infección de herida, permite la visualización de la cavidad abdominal y es preferida en pacientes obesos. En manos de un cirujano laparoscopista experimentado ofrece mejores resultados sobre la técnica abierta y mayores beneficios para los pacientes. Presentamos la experiencia de apendicectomía laparoscópica en un periodo de 10 años. Se intervinieron 208 pacientes, 31.18% hombres y 68.82% mujeres, las edades comprendían desde 10 hasta 78 años con promedio de 27 ± 5 años. Los casos con peritonitis fueron el 23.08%, de las cuales se reintervinieron 2 pacientes en forma abierta, uno por absceso y otro presentó oclusión intestinal postoperatoria por adherencias. En un paciente fue necesario realizar hemicolectomía derecha, la cual se completó laparoscópicamente durante el mismo procedimiento. No se reportó mortalidad. El tiempo quirúrgico varió desde 20 hasta 90 minutos con un promedio de 35 minutos. Los días de hospitalización fueron desde 1 día hasta 15 días con un promedio de 2 días. Durante ese periodo de tiempo, todo paciente con cuadro clínico de apendicitis fue intervenido por vía laparoscópica, no existió ningún caso de exclusión para el procedimiento. En los casos de peritonitis no se utilizó irrigación, únicamente extracción del material purulento y colocación de drenajes.

019 TL-100

REPARACIÓN PRIMARIA EN PERFORACIONES ESOFÁGICAS POR CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA PARA ACALASIA

Pereira GF, Mucio MP, Alvarado AHA, Rojano ME, Herrera EJ, Palacios RJA
Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Servicio de Cirugía Endoscópica. SS. México DF – México.

Antecedentes: La esofagocardiomiectomía laparoscópica constituye actualmente el procedimiento de elección en aquellos pacientes con acalasia susceptibles de tratamiento quirúrgico. Ésta, aunque poco invasiva, no está exenta de complicaciones, siendo la principal y más temida la perforación esofágica, cuya incidencia es de aproximadamente

el 6%. En el manejo de este tipo de complicaciones influyen factores como: tiempo de evolución, tamaño y localización de la lesión, así como patologías subyacentes. Deben tomarse en consideración varias alternativas a la hora de elegir el tratamiento adecuado, las cuales van desde el manejo conservador (ayuno, drenajes) hasta conductas quirúrgicas mucho más agresivas (esofagectomía más ascenso gástrico o colónico). **Pacientes y métodos:** Presentamos dos casos de perforaciones esofágicas intraabdominales por esofagocardiomiectomía laparoscópica, advertidas en el transoperatorio, en quienes se practicó durante el mismo acto quirúrgico síntesis primaria del plano mucoso y parche con fondo gástrico. **Resultados:** En uno de los casos se evidenció la presencia de neumotórax derecho secundario a colocación de catéter en vena subclavia, pero; ambos evolucionaron satisfactoriamente y en ninguno se apreció desarrollo de fístula esofágica. Se describe igualmente el uso y las ventajas que posee la endoscopia transoperatoria en el manejo de este tipo de complicaciones. **Conclusiones:** Las perforaciones del esófago intraabdominal por cirugía laparoscópica para acalasia, advertidas y reparadas en el mismo acto quirúrgico, poseen un buen pronóstico.

020 TL-113

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA INICIAL DE 100 CASOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA

Yáñez LA, Correa BS, Lara CB, Salinas VJC, Zendejas RJC, Montes MJ, Allende BS
Departamento de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 4, Guadalupe, Nuevo León.

Objetivo: Analizar la experiencia inicial de la apendicectomía laparoscópica en un Hospital General de Zona. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, longitudinal de los expedientes clínicos de los pacientes que experimentaron cirugía laparoscópica por apendicitis aguda en un periodo de 2 años, del 1 de octubre del 2001 al 31 de mayo del 2003. **Resultados:** Durante el presente estudio se realizaron 100 apendicectomías laparoscópicas siendo del sexo masculino 68 pacientes (68%) y 32 del sexo femenino (32%) con edad promedio de 30.7 años (9-79 años). La media del tiempo quirúrgico fue de 60 minutos, requiriendo en su totalidad anestesia general con hallazgos quirúrgicos de apendicitis aguda en 89 pacientes (89%) y 9 pacientes siendo blanca y 2 con patología ginecológica, hubo conversión en 6 pacientes (adherencias firmes en 3, alteración de la anatomía en 2 y 1 sangrado intraabdominal). Se presentaron complicaciones en 9 pacientes (9%). Se realizaron 4 procedimientos quirúrgicos en la misma cirugía; dejándose Penrose en 29 pacientes. No hubo mortalidad por el acto quirúrgico y en 92 pacientes se manejo cirugía de corta estancia (-24 horas). **Conclusión:** La apendicectomía laparoscópica es una técnica quirúrgica segura y eficaz en el manejo de la apendicitis aguda con buenos resultados en cuanto a dolor postoperatorio, recuperación y estética en el paciente.

021 TL-119

CIRUGÍA DE INVASIÓN MÍNIMA TRANS, RETRO, PREPERITONEAL Y MANO-ASISTIDA EN UROLOGÍA. EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

Sánchez GM, Sánchez VJ, Sandoval SR
Hospital General de Zona No. 76, Instituto Mexicano del Seguro Social, Xalostoc, Edo. de México. Servicios de Cirugía General y Urología.

Antecedentes: La cirugía laparoscópica ha mostrado su utilidad en diversas áreas quirúrgicas, sin embargo, su utilización en cirugía urológica es poco frecuente debido a la limitación técnica de los cirujanos urologos, que a pesar de practicar con frecuencia cirugía endoscópica, el desarrollo de las técnicas quirúrgicas se enfoca predominantemente a procedimientos endourológicos. Se expone la experiencia en cirugía urológica de invasión mínima en un servicio de cirugía general con distintos abordajes y técnicas laparoscópicas. **Objetivo:** Presentar nuestra experiencia inicial en el manejo de patología urológica intraabdominal, pélvica y retroperitoneal con abordajes trans, retro y preperitoneales, así como cirugía endoscópica mano-asistida en un servicio de ci-

rugía general. **Material y métodos:** Se realizaron 15 procedimientos quirúrgicos miniinvasivos entre enero de 2002 y marzo de 2003, 7 hombres y 8 mujeres entre 25 y 68 años de edad, con media de 46.5 años, 10 fueron resecciones de quistes renales simples mayores de 12 cm, 5 de ellos con abordaje transperitoneal y los 5 restantes con abordaje retroperitoneal, una colposuspensión laparoscópica transperitoneal, dos linfadenectomías pélvicas transperitoneales y una nefroureterotomía laparoscópica transperitoneal mano-asistida. Todos los pacientes fueron protocolizados de acuerdo a la sospecha y confirmación diagnóstica. **Resultados:** La evolución postquirúrgica fue satisfactoria en términos generales. No hubo complicaciones mayores. Se presentaron complicaciones menores como seroma e íleo reflejo postoperatorio. No hubo reintervenciones. **Conclusiones:** Los procedimientos miniinvasivos son sólo una variante técnica para la resolución de patología quirúrgica urológica, con las ventajas ya conocidas que la cirugía endoscópica ofrece. Menor tiempo de recuperación postoperatoria, menor repercusión metabólica y neuroendocrina y mejor reintegración a las actividades habituales en el paciente sometido a este tipo de procedimientos. Consideramos también que el aprendizaje de técnicas quirúrgicas en laparoscopia debe ser un objetivo terminal en la especialización en urología.

022 TL-123

EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE LAPAROSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE COLECISTOPATÍAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE LEÓN GUANAJUATO

Garnelo CS, Ayala GMA, Parra LL, Ramírez BEJ
Hospital General Regional de León Guanajuato.

Introducción: La cirugía laparoscópica para el tratamiento de colecistopatías inicia en 1986 en Alemania y en México en 1992. En el Hospital General Regional de León de la Secretaría de Salud de Guanajuato, inicia el servicio de cirugía laparoscópica en mayo del 2001. **Objetivo:** Describir la experiencia del servicio de laparoscopia en el tratamiento de colecistopatías en el Hospital General Regional de León de la Secretaría de Salud de Guanajuato, desde su inicio; mayo del 2001 a mayo del 2003. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, observacional y longitudinal. El universo fueron los pacientes que se diagnosticaron con colecistopatía y que requirieron tratamiento quirúrgico en el Hospital General Regional de León. Las variables que se analizaron fueron, edad, sexo, tipo de colecistopatía, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, complicaciones y conversión a cirugía abierta. **Resultados:** Se analizaron 167 casos de pacientes que se intervinieron quirúrgicamente por una colecistopatía. Se clasificaron los casos de acuerdo a los siguientes tipos de colecistopatías:

Tipo	Descripción	No. de casos
I	Vesícula alitiásica sin alteración de morfología	6
II	Vesícula litiásica sin alteración de morfología	132
III	Hidrocolecisto y piocolecisto	15
IV	Vesícula escleroatrófica	12
V	Fístula de vesícula o perforación libre	0
VI	Síndrome de Mirizzi o neoplasia de vesícula	2

El tiempo quirúrgico fue de 15 a 90 minutos con una media de 32 minutos, la estancia hospitalaria en el 98% de los pacientes fue de 24 h. Las complicaciones que se presentaron fue litiasis residual en el 0.59% (un caso tipo II). La conversión a cirugía abierta fue del 1.19% dos casos tipo VI; un síndrome de Mirizzi para realizar derivación biliar digestiva y el otro una neoplasia de vesícula que requirió exploración abierta. No se presentó mortalidad. **Conclusiones:** A pesar de que el servicio de laparoscopia del Hospital General Regional de León es de reciente formación no ha influido la curva de aprendizaje a pesar de ser un hospital de enseñanza. Se establece una clasificación como parámetro para nuevos estudios en nuestra línea de investigación de colecistopatías y la cirugía laparoscópica.

023 TL-124

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS DE CAUSA BENIGNA EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE LEÓN

Garnelo CS, Ayala GMA, Parra LL, Ramírez BEJ
Hospital General Regional de León Guanajuato.

Introducción: La esplenectomía laparoscópica actualmente es usada cada vez más, debido a los buenos resultados obtenidos y se está buscando estandarizar las indicaciones para emplear esta técnica laparoscópica. **Objetivos:** Describir la experiencia de esplenectomía laparoscópica en el Hospital General Regional de León, la técnica quirúrgica y exponer las indicaciones empleadas para llevar a cabo este procedimiento laparoscópico en el Hospital General Regional de León, de la Secretaría de Salud de Guanajuato. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal. Se revisaron los expedientes de los pacientes, a los cuales se les realizó esplenectomía laparoscópica en el Hospital General Regional de León. **Resultados:** Se realizaron un total de 10 esplenectomías laparoscópicas en un periodo de un año. Dos pacientes pediátricos y 8 adultos. Las indicaciones fueron en 9 casos; púrpura trombocitopénica idiopática y un caso anemia hemolítica autoinmune. No hubo conversión a cirugía abierta ni complicaciones. La técnica empleada fue: colocar al paciente en posición decúbito lateral derecho, Trendelenburg inversa, se colocaron 4 puertos de trabajo; puerto 1 paraumbilical izquierdo 4 cm arriba de la cicatriz umbilical, puerto 2 subcostal izquierdo puerto 3 subxifoideo, puerto 4 línea axilar anterior izquierdo. **Conclusiones:** La cirugía laparoscópica es una opción en casos de esplenectomía y tiene ventajas sobre la cirugía abierta por presentar menor morbilidad y menor estancia hospitalaria.

024 TL-134

RETRONEUMOPERITONEOSCOPIA Y LAPAROSCOPIA TRANSPERITONEAL PARA RESECCIÓN DE QUISTES RENALES

Sánchez VJ, Sánchez GM, Sandoval SR
Hospital General de Zona No. 76. Instituto Mexicano del Seguro Social Xalostoc, Edo. de México, Servicios de Cirugía General y Urología.

Antecedentes: De las formaciones quísticas en el riñón, la más frecuente es el quiste simple que puede ser congénito o adquirido, por lo común es solitario y en menor frecuencia, múltiple. La cirugía miniinvasiva ha demostrado su eficacia en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con patología urológica. Una de estas técnicas es la resección de quistes renales sintomáticos. **Objetivo:** Presentar y describir el abordaje y técnica por retroneumoperitoneoscopia y laparoscopia transperitoneal como una variante miniinvasiva para el tratamiento de quistes renales. **Material y métodos:** Se llevó a cabo resección miniinvasiva de quistes renales en 10 pacientes, 6 mujeres y 4 hombres entre 29 y 59 años de edad, con media de 44 años, con variación en sus dimensiones entre 12 y 30 cm de diámetro y se encontraron tanto en el polo superior como en el inferior. Cinco pacientes fueron sometidos a cirugía con abordaje retroperitoneal y los 5 restantes, con abordaje laparoscópico. Se protocolizó a la totalidad de los pacientes con exámenes de laboratorio con determinación de biometría hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación, examen general de orina, urocultivo y gammagrama renal. Los exámenes de gabinete solicitados fueron Rx simple de abdomen, USG renal, urografía excretora, Tac de abdomen en fase simple y contrastada. Se llevó a cabo estudio citoquímico y citológico del líquido contenido en los quistes renales. Se realizó la resección del quiste renal en su totalidad con exploración visual directa del interior del quiste en todos los casos. Se presentan y describen las dos técnicas de abordaje utilizadas. **Resultados:** La evolución postquirúrgica de la totalidad de los pacientes fue satisfactoria en términos generales, se llevó a cabo una conversión en una paciente que presentó exclusión renal y pionefrosis. No hubo complicaciones mayores, únicamente se presentó un caso de seroma en un puerto de abordaje laparoscópico y un caso de íleo prolongado, que fueron resueltos mé-

dicamente. No hubo reintervenciones. No se presentaron casos de repercusión hipertensiva o de daño renal. El promedio de estancia hospitalaria fue de 2 días posterior a la intervención quirúrgica. **Conclusiones:** El presente reporte muestra dos variaciones técnicas de cirugía miniinvasiva para la resección de quistes renales simples. A través de las mismas, el abordaje permite la identificación plena de las estructuras afectadas y el tratamiento quirúrgico con las ventajas que representa la cirugía endoscópica.

025 TL-143

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA, NO. 30 IZTACALCO, INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Cervantes MPJ, Esparza PR, Sánchez BM, Águila SF
Hospital General de Zona, No. 30 Iztacalco, IMSS.

Con objeto de establecer la verdadera efectividad de la cirugía laparoscópica en un hospital institucional con padecimientos quirúrgicos comunes como la colecistitis crónica o aguda y la hernia hiatal, utilizando la técnica de mínima invasión y rápida recuperación, se realizó un estudio retrospectivo-prospectivo que consistió en revisar los expedientes de todos los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica por esta patología en el periodo de enero de 2002 a junio de 2003, comprendiendo 265 pacientes operados en este lapso. Hasta el momento ha demostrado ser una técnica segura y de mejor utilidad en la recuperación postoperatoria del paciente, comparándola con las técnicas de cirugía abierta para las patologías mencionadas. Así mismo, mostrar la productividad del Servicio de Cirugía General del HGZ, 30, Iztacalco, IMSS; para la capacitación de cirujanos en formación y demostrar la efectividad del procedimiento por sus resultados y baja incidencia de complicaciones.

026 TL-144

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Espino CH, Díaz CPCM, Campos CC, Alegre TE, Bernal SF
Hospital General de México OD.

Objetivo: Informar los resultados del tratamiento endoscópico del pseudoquiste pancreático. **Diseño:** Serie de casos. **Sede:** Hospital de Tercer nivel de atención médica. **Reporte de casos:** Quince pacientes (9H, 6M) con diagnóstico de pseudoquiste pancreático enviados a tratamiento endoscópico. Se realizaron 7 procedimientos de drenaje transmural a estómago y 2 con drenaje transpapilar. No se realizó tratamiento en 6 de ellos, en 3 por no haber compresión del estómago o duodeno, en 2 por no existir comunicación entre conductos pancreáticos y el pseudoquiste, y en uno existía una separación mayor a 2 centímetros entre la pared del pseudoquiste y la pared del estómago. **Conclusiones:** El tratamiento endoscópico hasta el momento es una opción adecuada siempre y cuando se reúnan características de presentación anatómicas que faciliten el drenaje hacia estómago-duodeno. Se deberá de considerar otras alternativas como las quirúrgicas cuando no se resuelvan por tratamiento endoscópico.

027 TL-155

COLONOSCOPIA COMO ESTUDIO INICIAL DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS

Guerrero RA, Rascón OP, Martínez HA, Guerra ML, Pérez GR, Manrique MA
Hospital Juárez de México.

Antecedentes: La idea de establecer un diagnóstico temprano y rápido por medio de un endoscopio en el sangrado de tubo digestivo bajo (STDB) es atractiva. Se consideraba que la colonoscopia era difícil de realizar y de poca utilidad por presentar sangre en el intestino, que limitaba la visión. **Objetivos:** Identificar las principales patologías causantes de STDB agudo y establecer el sitio de sangrado mediante colonoscopia. **Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal de expedientes de los pacientes con antecedente de STDB

a los cuales se realizó colonoscopia, del 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre de 2002, se incluyeron 231 pacientes. **Resultados:** Se detectó patología en 146 pacientes (83%) y los diagnósticos endoscópicos más frecuentes fueron: hemorroides 37 pacientes (24%), enfermedad diverticular en 36 (24%), colitis inespecífica en 22 (14%), enfermedad inflamatoria intestinal en 17 (11%), pólipos rectocolónicos en 15 (10%) y proctitis post-radioterapia en 11 (7%). Del grupo de 231 pacientes con STDB 31 (13%) corresponden a hemorragia aguda, encontrando origen del sangrado en 26 pacientes (84%). Los diagnósticos fueron: Proctitis post-radiación en 9 pacientes (34%), pólipos rectocolónicos en 4 (15%), enfermedad diverticular en 4 (15%), hemorroides en 2 (8%) y CUCI en 2 (8%). **Conclusiones:** La colonoscopia es un procedimiento diagnóstico muy útil y seguro. En el STDB agudo la colonoscopia logró establecer el sitio de sangrado en un 84%, tal como se ha reportado en la literatura. Considerando la colonoscopia como el estudio inicial de elección en el STDB.

028 TL-156

MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA POLIPOSIS COLÓNICA: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS

Rascón OP, Guerrero RA, Guerra ML, Martínez HA, Silva AAI
Hospital Juárez de México.

Antecedentes: La colonoscopia es el procedimiento de elección para el diagnóstico de pólipos colorrectales, permite la toma de biopsias y resección de la mayoría de los mismos. La importancia de los pólipos es su bien conocida relación con el cáncer colorrectal. **Objetivo del estudio:** Conocer la prevalencia de poliposis colónica en la población del Hospital Juárez de México. **Material y métodos:** Se revisaron los reportes de colonoscopias del 1 enero de 1998 al 31 de diciembre de 2002. Se incluyeron aquéllos con diagnóstico de pólipos en colon con polipectomía y/o toma de biopsia, que contaran con resultado de patología. **Resultados:** Se obtuvo un grupo de 64 pacientes, 37 (58%) femeninos y 27 (42%) masculinos; se encontraron 50% de pólipos pediculados, 48% sésiles y 2% planos, la localización anatómica más frecuente fue sigmoideas con 29 casos (35%) seguida de recto con 25 casos (30%), y ascendente 18 casos (22%). Se realizaron 51 polipectomías y 32 biopsias, presentándose hemorragia en tres casos, cediendo espontáneamente. El tipo histológico más frecuente fueron los pólipos adenomatosos con 37 casos (46%) y de éstos el tipo tubulovelloso se encontró en 18 casos (48%), tubular en 15 (41%) y vellosos 4 (11%), después de los adenomas el tipo hiperplásico fue el más frecuente con 21 casos (26%), los hamartomas y los inflamatorios se encontraron en 14 (18%) y 8 (10%) casos respectivamente. Se reportaron 3 adenocarcinomas. **Conclusiones:** El principal volumen de pólipos se encontró al alcance del rectosigmoidoscopia. Los pólipos adenomatosos predominaron sobre los hiperplásicos y a diferencia de lo referido en la bibliografía, el adenoma tubulovelloso fue el más frecuente.

029 TL-165

COLECISTECTOMÍA ABIERTA MICRO-LAPAROTÓMICA (2 CM) NO LAPAROSCÓPICA

Priego G, Cotena G, Zapata R, Bernard O
Hospital Lomas Providencia.

Introducción: Hoy, la colecistectomía laparoscópica es el "Estándar de Oro", sin embargo existe un porcentaje que va del 0.8% al 18% de conversión a abierta. Este trabajo presenta nuestra experiencia en colecistectomía de mínima invasión (Micro-laparotomía de 2 a 3 cm), realizada en 4 años, en el periodo de 1 de enero de 1998 al 31 de diciembre del 2001. **Material y métodos:** Se estudiaron en forma prospectiva 428 pacientes (351 mujeres y 77 hombres) 265: electiva y 163: urgencia. Edad promedio de 43 años (14 a 84 años). A todos se les realizó incisión transversa subcostal derecha de 2 cm: 180 pacientes, de 2.5 cm: 167 pacientes y de 3 cm: 81 pacientes. La anestesia fue BPC: 380 pacientes, general: 39 pacientes y local-sedación: 9 pacientes. Tiempo quirúrgico fue hasta de 60 min en 88%. **Complicaciones:** Infección de la herida 0.7%, lesión menor de la herida 4.2%. El egreso se realizó en 12 a 24 h en 413 pacientes. Dolor post-quirúrgico moderado en 338

pacientes (79%). Reintegración al trabajo; 67% a los 10 días. El costo hospitalario en electiva fue de \$7,000.00. **Discusión:** La colecistectomía micro-laparotómica de 2 a 3 cm que realizamos da los mismos resultados que por vía laparoscópica o en conversión de la misma. Además, dado su bajo costo estaría al alcance de hospitales y pacientes que no cuentan con recursos técnicos y económicos.

030 TL-168

¿ES LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA UN PROCEDIMIENTO AMBULATORIO?

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

Antecedentes: El advenimiento de la cirugía de invasión mínima y el crecimiento de la cirugía de corta estancia han incrementado los procedimientos que pueden ofrecerse a pacientes con numerosas ventajas. Estos 2 recursos los hemos empleado en nuestra clínica y de esta manera realizamos desde el año 2001 colecistectomías laparoscópicas que han resultado en beneficio y buen resultado cuando se realizan de manera ambulatoria. **Objeto del estudio:** Presentar nuestra casuística y experiencia, 30 casos de colecistectomía laparoscópica realizados en nuestra unidad de cirugía ambulatoria, durante el periodo de mayo de 2001 a agosto de 2003. Así como proponer que en casos seleccionados la colecistectomía laparoscópica puede ser un procedimiento de cirugía ambulatoria (Corta Estancia). Se trata de 30 casos de pacientes de ambos sexos, de 25 a 64 años de edad con patología vesicular. Se excluyeron los portadores de multipatología, múltiples cirugías abdominales, evento icterico reciente previo o actual, así como cuadro agudo. Todos los pacientes fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica teniendo estancia postoperatoria promedio de poco más de 6 horas, sólo hubo una complicación postquirúrgica inmediata que ameritó referencia a 3er nivel todos los pacientes fueron egresados a su domicilio después del tiempo postoperatorio citado arriba, concluimos que la colecistectomía laparoscópica, procedimiento de cirugía mayor mínimamente invasivo puede ser incluido definitivamente en el arsenal de recursos manejables por vía ambulatoria.

CIRUGÍA EXPERIMENTAL

031 TL-013

QUEMADURAS, EXPERIENCIA INICIAL CON USO DE HEPARINA

Carrillo SJ
Hospital General "Dr. Miguel Silva" SS.

Antecedentes: Las quemaduras causan en los pacientes intenso dolor e inflamación, tienen larga estancia hospitalaria, se complican y cicatrizan con contracturas, por lo que se han utilizado los glucosaminoglicanos por sus propiedades anti-inflamatorias, analgésicas y neoangiogénicas en el tratamiento de éstas (burns 27 (2001) 349-358. Saliba MJ MD y XXVI Congreso Nal. Cir. Gral. Acapulco, Gro. Dr. Reyes E). **Objetivo:** Determinar si el uso de la heparina altera los estudios de coagulación en los pacientes así su utilidad clínica. **Materiales y métodos:** Se incluyeron los pacientes sin antecedentes de problemas de sangrado, que ingresaron al hospital por quemaduras del 1 de noviembre del 2002 a la fecha. Se administró heparina tópica y por vía intravenosa y se tomaron estudios de laboratorio. **Resultados:** No se encontraron cambios en los estudios de laboratorio con el uso de heparina y se observó una rápida mejoría clínica en todos los pacientes. **Discusión:** Se considera en esta experiencia inicial que el uso de la heparina demostró tener buenos resultados en lo que respecta a disminución del dolor, de la inflamación y una mejor cicatrización, sin alterar la coagulación, por lo que se deben realizar más estudios protocolizados para determinar su uso generalizado en estos padecimientos. **Conclusiones:** El uso de la heparina en los quemados es una buena alternativa por sus propiedades analgésicas, anti-inflamatorias y de neoangiogénesis.

032 TL-019

ANASTOMOSIS INTESTINALES: MITOS Y REALIDADES. ¿ES EL INICIO TEMPRANO DE LA VÍA ORAL UN FACTOR DE RIESGO PARA EL FRACASO DE UNA ANASTOMOSIS INTESTINAL?

Rosas FM, Meza VMA, Gracida MN, Ramírez VJ, Bonifaz-Calvo IJ, Rojero VJ, Ibáñez GO, Vargas TE, Palomeque LA
Departamento de Cirugía General y Cirugía Experimental. Hospital General de México OD.

Antecedentes: Las anastomosis intestinales son las técnicas más frecuentemente empleadas en el curso de operaciones intraabdominales. El momento del inicio de la vía oral, después de realizar una anastomosis intestinal y las consecuencias que esto traería es algo que se ha basado más en la experiencia y no en la evidencia, en estudios previos se sugiere que el inicio de la vía oral temprana es seguro, bien tolerado y puede disminuir los costos de atención hospitalaria, motivo por el cual creemos necesario continuar el estudio de estas interrogantes a través de un modelo experimental en perros. **Objetivo:** 1. Demostrar que el inicio de la vía oral temprana no incrementa el índice de fracasos anastomóticos. 2. Conocer si el inicio de vía oral temprana modifica el proceso de cicatrización anastomótica. **Método:** Estudio experimental, longitudinal, prospectivo, comparando el manejo habitual (ayuno grupo I) vs inicio de vía oral a las 6 horas de la cirugía (grupo II) en modelo canino con anastomosis intestinal terminoterminal en dos planos, con material y técnica estandarizada. Relaparotomía a los 7 días para recuperación de segmento que se someterá a prueba de filtración con solución de azul de metileno y estudio histopatológico para determinar semicuantitativamente el grado de inflamación. **Resultados:** No se encontró aumento en el índice de fracasos de anastomosis y la intensidad del proceso inflamatorio fue menor en el grupo II. **Conclusiones:** El inicio de vía oral temprano es seguro, bien tolerado, no incrementa el riesgo de fracaso de la anastomosis y puede tener efecto benéfico en el proceso de cicatrización intestinal.

033 TL-036

EFFECTO DE LA REDUCCIÓN EN LA CONCENTRACIÓN DE FIBRINÓGENO DE UN SELLO DE FIBRINA PARA MEJORAR EL PODER ADHESIVO EN ANASTOMOSIS DE COLON NORMAL Y PATOLÓGICO EN RATA

Orozco MA, Portilla DBE, Vázquez CG, López OA, Muciño HI, Fuentes OC, González OA

Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, División de Investigaciones Quirúrgicas del Centro de Investigaciones Biomédicas de Occidente y Departamento de Anatomía Patológica del CMNO-Jalisco. Financiamiento: Conacyt-SiMorelos 1999-0302009.

Objetivo: Determinar si el adhesivo a diferentes concentraciones aumenta su poder adhesivo y mejora la presión de estallamiento en anastomosis de colon normal y patológico en un modelo murino. **Materiales y métodos:** Modelo experimental en rata Sprue-Dawley 250-300 g de peso bajo condiciones de bioterio. Se realizó sección de colon izquierdo a 2 cm del margen anal y anastomosis con material no-absorbible. El colon isquémico se preparó devascularizando éste en una extensión de 2 cm de su arcada vascular marginal. La presión de estallamiento se midió en mmHg al 5º día. **Resultados:** Las presiones de estallamiento en colon normal fueron de 148.0 + 14.75 y en colon isquémico 128.0 + 8.5. Con la aplicación del adhesivo se incrementaron las presiones de estallamiento con los siguientes resultados: en colon normal 161.0 + 24.01; en colon isquémico 146.0 + 8.43 ($p < 0.05$ vs no aplicación a concentración de 120 mg/ml de fibrinógeno/1,000 US/ml de trombina). Al disminuir las concentraciones del adhesivo (40 mg/ml de fibrinógeno/500 US/ml de trombina) se encontró: en colon normal 200.5 + 21.66; colon isquémico 173.4 + 17.95 ($p < 0.05$ vs mayor concentración y no adhesivo). Al modificar la dilución en la concentración (40 mg/ml de fibrinógeno en 1,000 US/ml de trombina) se observó: colon normal de 239.0 + 26.43, colon isquémico 196.5 + 14.34 ($p < 0.01$ en relación a otras concentraciones). La inmunohistoquímica (colágena tipo IV) y la determinación cuantitativa por método calorimétrico de Woessner las concentraciones fueron mayores cuando se utilizó el adhesivo *versus* control. **Conclusiones:** Al aplicar el adhesivo en todos los casos se observó un incremento en la presión de estallamiento. Destacando el mejor poder adhesivo a concentraciones bajas sólo de fibrinógeno.

034 TL-094

ANASTOMOSIS COLÓNICAS EN UNA SOLA CAPA CONTINUA CON POLIGLICONATO (MAXON) VS ANASTOMOSIS EN DOS CAPAS CON CATGUT CRÓMICO Y SEDA: ESTUDIO EXPERIMENTAL

García-Osogobio S, Takahashi T, Velasco L, Arch J, Gaxiola M, Mass W, Sotres-Vega A, Santillán P
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Antecedentes: Existe controversia respecto a la mejor técnica para anastomosis gastrointestinales, utilizándose comúnmente anastomosis en dos capas o en una con puntos separados, pero menos frecuentemente en una capa con surtete continuo. **Objetivos:** Evaluar si la anastomosis en una capa con Maxon es más segura y efectiva que la anastomosis en dos capas con catgut crómico y seda. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio prospectivo, experimental, aleatorio, y comparativo en perros, dividiéndose en dos grupos: grupo 1: anastomosis en dos capas y grupo 2: anastomosis en una sola capa. En el día diez del postoperatorio se sacrificaron, se extrajo el área colónica incluyendo la anastomosis y se midió la presión de ruptura, se realizó análisis histopatológico y se determinó la cantidad de hidroxiprolina de la línea de la anastomosis. **Resultados:** Se incluyeron diez perros en el grupo 1 y diez perros en el grupo 2. No se presentaron datos de fístula, dehiscencia o estenosis de la anastomosis. No hubo mortalidad. La presión de ruptura del grupo 1 fue de 230 mmHg (115-360) y del grupo 2 fue de 210 mmHg (100-300) (P = NS). La concentración de hidroxiprolina encontrada en el grupo 1 fue de 8.94 mg/gramo (rango: 5.33-16.71), y en el grupo 2 fue de 9.94 mg/gramo (rango: 2.96-21.87). No se encontró diferencia significativa en ambos grupos. **Conclusiones:** Los dos procedimientos son seguros y confiables de realizar, aunque por su mayor facilidad, estos datos apoyan la utilización del método de una sola capa.

035 TL-162

DESARROLLO DE UN MODELO EXPERIMENTAL CANINO DE ESTENOSIS TRAQUEAL (ET)

Loyola GU, Morales GJ, Jasso V, Gutiérrez GT, Rodríguez MA, Olmos Z
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Centro Médico ISSEMYM.

Antecedentes: El procedimiento de elección para el control definitivo de la ET benigna adquirida es la traqueoplastia; sin embargo, no todos los pacientes pueden ser sometidos a esta técnica. No existe antecedente en la literatura de modelos de ET; únicamente de modelos de estenosis subglótica. Es fundamental tener un modelo base para probar distintos medicamentos en el tratamiento de la ET. **Objetivo:** Desarrollar un modelo experimental canino de estenosis traqueal benigna adquirida que sirva de base para la exploración terapéutica. **Material y métodos:** Se utilizaron 12 perros sanos mestizos con un peso de 15-20 kg. Se dividieron en 3 grupos (4 por grupo). Se sometieron a distintas técnicas para producir ET. Grupo A: Mediante isquemia de la mucosa traqueal con el globo de una cánula orotraqueal de alta presión (8 h). Grupo B: Quemadura de la mucosa con nitrato de plata (endoscópicamente). Grupo C: Electrocauterización de la mucosa traqueal. **Resultados:** Grupo A: Desarrollo de hiperemia en el área del globo que se resolvió en 10 días. Grupo B: Quemadura superficial de la mucosa que se resolvió completamente a los 3 meses. Grupo C: Formación de una cicatriz permanente de un 50% de la luz traqueal a los 10 días de la cauterización. **Conclusiones:** 1) El modelo experimental canino de ET secundario a la electrocauterización es un modelo útil de ET benigna adquirida. 2) Este modelo experimental puede ser utilizado para pruebas terapéuticas para la ET.

036 TL-205

TRASPLANTE SINGÉNICO SEGMENTARIO DE INTESTINO, DE DONADOR ADULTO DESARROLLADO A RECEPTOR JOVEN EN CRECIMIENTO

Villegas F, Jiménez MA, González JF, Pérez B, Vigueras RM
Lab. Cirugía Experimental

Instituto Nacional de Pediatría. Departamento de Cirugía Facultad de Medicina. UNAM.

La resección intestinal masiva que condiciona insuficiencia enteral permanente tiene como única posibilidad de sobrevivida a largo plazo el trasplante intestinal, sin embargo este recuso tiene grandes limitantes, entre las que sobresalen: el difícil control de la respuesta inmune y el reducido número de donadores adecuados, sobre todo en pacientes pediátricos. Una posible alternativa para obviar estos problemas es el trasplante segmentario. Con el objetivo de simular dos condiciones postoperatorias simultáneas que podrían ocurrir después de un trasplante intestinal (TI) segmentario, de donador adulto vivo relacionado y el receptor joven en fase de crecimiento, se llevó a cabo un ensayo quirúrgico controlado, aleatorizado experimental. **Material y métodos:** Se usaron ratas macho Lewis y se formaron ocho grupos de igual número, tres grupos integrados por ratas jóvenes de 108 a 122 g de peso y los cinco restantes por ratas adulto de 270 g a 430 g. El primer grupo de ratas jóvenes fungió como control (CJ) y no fue operado, en los otros dos se efectuó resección enteral letal y trasplante intestinal singénico del 40% de yeyuno (TSY) o del 30% de íleon terminal incluido el ciego (TSD), procedente de igual número de ratas adulto (estas últimas al incluir la aorta abdominal en los segmentos intestinales fallecen durante el procedimiento (+)). Con ello se simuló la primera condición "Receptoras". Dos grupos de ratas adulto de peso similar fueron sometidos a resección enteral del 40% del yeyuno (RSY) o 30% del íleon terminal incluido el ciego (RSD), los cuales representaron los "Donadores vivos" respectivos, segunda condición. Finalmente el último grupo representó el control adulto sin resección (CA). Durante seis meses consecutivos se llevó a cabo registro ponderal, características de las evacuaciones y morbiletalidad en ambas condiciones. Al término de ese periodo se efectuaron pruebas de absorción de maltosa, niveles séricos de proteínas totales, albúmina, globulinas, colesterol, triglicéridos y biometría hemática en las ratas sobrevivientes. Por último se midió el diámetro intestinal, longitud y profundidad de las vellosidades intestinales. Para evaluar diferencia entre los grupos se utilizaron las pruebas de Dunnett, Tukey y ANOVA. **Resultados:** "Receptoras". Hubo 5 muertes en el grupo TSY y una en el grupo TSD. Los sobrevivientes del TSD fueron 7, que presentaron incremento ponderal del 195% ± 25% vs 361% ± 44% del control CJ (p < 0.0001), también la longitud corporal fue significativamente menor, 56% ± 5% vs 80% ± 8%, los rangos de peso y longitud corporal en los sobrevivientes del TSY fueron inferiores al control: 55% al 193% y del 50% al 66% respectivamente. Hubo diferencias significativas en los niveles de glucosa, proteínas totales, globulinas, triglicéridos, leucocitos, linfocitos y segmentados entre CJ vs TSD, no así en albúmina y los parámetros enterales. "Donadoras" todas las ratas con resección enteral sobrevivieron y aun cuando el grupo de ratas RSD presentó mayor número de evacuaciones, no hubo diferencias significativas en los parámetros ponderales entre los tres grupos ni en los niveles de glucosa, proteínas totales, globulina, triglicéridos, colesterol, plaquetas y fórmula blanca, sin embargo los niveles de albúmina, HT y MCV fueron menores en las "donadoras" del segmento distal y el número de glóbulos rojos en las "donadoras" proximales. **Discusión:** Estudios previos sugieren que el trasplante segmentario distal es igual de eficaz que el trasplante total, por lo que es de suponer que donadores vivos relacionados podrían ser una magnífica opción, no obstante esas conclusiones se han hecho con grupos pareados (receptores/donadores) de la misma edad, condición alejada de la realidad clínica, este experimento demostró algunos efectos no deseables tanto en donadores adultos como los posibles receptores jóvenes en crecimiento.

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

037 TL-028

USO DE SELLO DE FIBRINA EN CIRUGÍA DE HIPOSPADIA PARA DISMINUIR LA FRECUENCIA DE FÍSTULAS URETROCUTÁNEAS Y DEHISCENCIA DE COLGAJO DE NEOURETRA

Ambriz GG, García de León GJM, González OA, García GJL, Vargas BJ, López OA, Muciño HI
Departamento de Cirugía Pediátrica, Hospital de Pediatría y Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Hospital de Es-

pecialidades, CMNO-Jalisco. Financiamiento: Conacyt-SiMorelos 2000-0302015.

Objetivo: Evaluar si al aplicar el sello de fibrina sobre el lecho quirúrgico y las líneas de sutura en cirugía de hipospadias disminuye la frecuencia de fístulas uretrocutáneas y dehiscencia de colgajo después de uretroplastia. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un ensayo clínico abierto con grupo de comparación no paralelo. De septiembre 1999 a febrero 2003, 86 pacientes que requirieron cirugía para cura de hipospadia fueron asignados al grupo de estudio (grupo 1 n = 30) o grupo de comparación (grupo 2 n = 56). Todos los procedimientos quirúrgicos fueron realizados por el mismo grupo de quirúrgico. Se evaluó, edad, gravedad de la hipospadia, uso o no de sello de fibrina, complicaciones como presencia de fístula uretrocutánea (FUC) o dehiscencia de colgajo y número de cirugías para tratar las recurrencias. Los padres de los pacientes otorgaron su consentimiento por escrito y el protocolo fue aprobado por el comité de investigación del Hospital de Pediatría. **Resultados:** En el grupo de comparación con 56 pacientes; la frecuencia total de fístula uretrocutánea o dehiscencia de colgajo fue del 61%. En el grupo de intervención 30 casos la frecuencia total de fístulas uretrocutáneas o dehiscencia de colgajo fue de 16.66% ($p < 0.001$). **Conclusión:** La frecuencia de fístulas uretrocutáneas y dehiscencia de colgajo de neouretra en cirugía de hipospadia puede disminuirse con la aplicación de sello de fibrina en el lecho quirúrgico y las líneas de sutura.

038 TL-033

REDUCCIÓN DE LA RESORCIÓN DEL INJERTO ÓSEO EN LA RECONSTRUCCIÓN DE LA HENDIDURA ALVEOLAR CON LA APLICACIÓN DEL GEL DE FIBRINA

Segura-Castillo JL, Aguirre-Camacho H, González-Ojeda A, Michel PJ, Cárdenas-Chávez O.

Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Departamento de Cirugía Plástica y Reconstrucción, Hospital de Pediatría y Departamento de Radiología. Hospital General de Zona 110, IMSS-Jalisco.

Introducción: La hendidura alveolar es una secuela que requiere de tratamiento quirúrgico. Teniendo como complicación la resorción del injerto óseo de aproximadamente 30-75%; se necesitan de múltiples procedimientos con la probabilidad de experimentar resorción del injerto aplicado. Una alternativa de tratamiento es el gel de fibrina que tiene la capacidad para favorecer la integración del injerto. **Objetivo:** Evaluar si el uso del gel de fibrina reduce la resorción ósea del injerto aplicado localmente. **Método:** Se diseñó un ensayo clínico controlado ciego simple. Se distribuyó en 2 grupos: 1. Gel de fibrina, 2. Control. Se evaluó el área del injerto preoperatorio y postoperatorio, densidad ósea, calidad ósea (Lekrom & Zarb y Norton Gamble) y complicaciones. Seguimiento 3 meses por paciente. **Análisis estadístico:** Pruebas: U de Mann-Whitney, Wilcoxon, Correlación de Pearson y χ^2 . **Resultados:** Se operaron 27 pacientes, distribuidos en 13 y 14 por grupo, respectivamente. Grupo 1, presentó un incremento en el área del injerto (64.32 vs 21.70) en relación al control ($p < 0.0001$). La densidad ósea fue mayor en el grupo 1 (396.57 vs 245.68) al control, ($p = 0.076$). La calidad ósea fue tipo 1, 2/3 y 4 en el grupo 1. La resorción en el grupo 2 fue de 62.26% en comparación al grupo 1 que fue de 29.72%, ($p = 0.081$). Las complicaciones fueron infección y dehiscencia de la sutura ($p = 0.81$). **Conclusiones:** El gel de fibrina disminuye significativamente la resorción ósea al permitir la integración del injerto y mejorar su calidad.

039 TL-037

EXPERIENCIA EN ATRESIA DE VÍAS BILIARES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO, REVISIÓN DE 10 AÑOS

Saldaña CJA, Medina NO, Vázquez CG, González OA, Larrosa HA Hospital de Pediatría, CMNO IMSS, Servicio de Cirugía Pediátrica, Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital de Especialidades CMNO IMSS, Servicio de Anatomía Patológica. Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica. IMSS-Jalisco.

Objetivo: Conocer la experiencia de atresia de vías biliares (AVB) en un hospital pediátrico, durante 10 años. **Material y métodos:** Se revisaron los archivos de Patología de enero de 1993 a diciembre del 2002. Estudiamos género, edad, tipo de muestra y diagnóstico histopatológico. Se correlacionaron con la evolución clínica en el servicio de gastroenterología, así como con la técnica quirúrgica efectuada: Kasai o trasplante hepático y cuántos de estos pacientes permanecen vivos. **Resultados:** Estudiamos 62 pacientes: 40 femeninos (65%) y 22 masculinos (35%); la edad promedio al momento del diagnóstico y de la cirugía, fue entre 2 a 3 meses; encontramos 56 biopsias hepáticas y 6 revisiones de laminillas. De éstas, 1 con AVB intra-hepáticas y 61 con AVB extra-hepáticas. En el calibre de los conductillos biliares a nivel del porta-hepatis 50 (80%) presentaron menos de 100 micras, 7 (12%) entre 100 a 150 micras y 5 (8%) entre 150 a 200 micras. En promedio encontramos 6 AVB por año; 4 pacientes han sido trasplantados, 1 de donador vivo relacionado y 3 de donador cadavérico, de los cuales 2 sobreviven después del trasplante, la sobrevida es de 30% con cirugía derivativa. **Conclusiones:** Hace falta mejorar la información en 1er y 2do nivel de atención para la detección oportuna de esta enfermedad. Se necesita incrementar la investigación para detectar la causa aún desconocida de esta patología que ocasiona la muerte a 70% de los afectados. Hace falta llegar a un consenso entre los patólogos, para el reporte histopatológico.

040 TL-166

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA PERSISTENCIA DE CONDUCTO ARTERIOSO EN UN HOSPITAL DE 2DO NIVEL. REPORTE DE 44 CASOS

Córdoba GH, Soto SBL, Jarquín OC, Jaramillo GMA, Quas GRH Hospital Estatal Lic. Adolfo López Mateos. Toluca Edo. de México.

Antecedentes: El conducto arterioso es una estructura embrionaria originada del sexto arco aórtico, que comunica la arteria pulmonar con la aorta descendente siendo fundamental para la circulación fetal. El conducto se oblitera en las primeras semanas de vida. La falla del cierre conlleva a una hipertensión vascular pulmonar, la sintomatología está en relación al diámetro del conducto. **Objetivo:** Analizar los resultados en el manejo quirúrgico de la persistencia del conducto arterioso. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con persistencia de conducto arterioso de 1991 a la fecha. Se analizó la información de acuerdo a: edad, sexo, métodos diagnósticos, tratamiento quirúrgico y complicaciones. **Resultados:** Se presentaron 44 casos detectados en el servicio de cardiología. El grupo de edad más frecuente fue entre 11 meses y 5 años, siendo más frecuente en el género femenino con una relación de 6 a 1, el método diagnóstico más eficaz fue el ecocardiograma, todos los pacientes se sometieron a cirugía sin existir mortalidad. **Conclusiones:** La persistencia del conducto arterioso en nuestro medio es una patología frecuente con una prevalencia de 6.2 por cada mil nacidos vivos, comparado con la literatura mundial de 1 por cada dos mil; la probable explicación es que en la ciudad de Toluca por su altura existe una disminución en la tensión de oxígeno. Nuestra experiencia se puede considerar buena.

COLON Y RECTO

041 TL-014

ILEOLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS CONVENCIONAL EN ENFERMEDAD DE CROHN

González QH, Shore G, Dávila CA, Bondora A, Vickers SM Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán y Universidad de Alabama en Birmingham, AL, USA.

Introducción: El advenimiento de la cirugía laparoscópica en el tratamiento de enfermedades colorrectales ha demostrado ser una alternativa segura. El objetivo del presente estudio fue comparar de forma retrospectiva la seguridad, evolución, estancia y costos hospitalarios en pacientes con enfermedad de Crohn tratados mediante laparoscopia vs cirugía convencional durante un periodo de 5 años. **Pacientes**

y métodos: Se evaluaron retrospectivamente 40 pacientes de 1996 a 2001, 20 pacientes en el grupo laparoscópico (grupo A) y 20 llevados a cirugía convencional (grupo B). Los factores analizados incluyeron: edad, sexo, duración de enfermedad, tratamiento médico previo, cirugía abdominal previa, conversión a cirugía abierta, tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, inicio de vía oral, duración de hospitalización, costos hospitalarios, morbilidad y mortalidad. **Resultados:** La mediana para la edad fue de 34.7 años en el grupo A y 40 en el B. Los resultados comparativos se muestran en el cuadro.

Variable Grupo A Grupo B *p tiempo qx, min 145 (45-270) 133 (98-77) > .36 sangradotrans, ml 77 (25-350) 265 (100-400) < .001 Incisión, cm 5.5 (3-12) 13.5 (8-18) .001 Dieta inicio, días 1.35 (1-3) 2.73 (2-6) < .001 Mov intest, días 1.70 (1-3) 2.63 (2-5) < .001 días hospital 4.25 (3-7) 8.25 (5-33) < .001 Costo hospital, dls 9,614 17079 < .05 Morbilidad 0 1 .09 Todos los valores son mediana (rango), * p < .05

Conclusión: La ileocelectomía laparoscópica para enfermedad de Crohn en íleon terminal y/o en ciego es segura y factible. La cirugía laparoscópica para enfermedad de Crohn debe ser considerada como el abordaje de elección para las resecciones primarias.

042 TL-025

USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN FISURA ANAL CRÓNICA

Gutiérrez-Pérez F, Sastre B, Sielezneff I, Lozano-González E, Sánchez-Ávila T
Hospital Ste. Marguerite Marsella, Francia, Hospital San José-TEC de Mty. Monterrey, México.

Introducción: En la fisura anal crónica, cuya etiología sigue siendo controversial, se reconoce el papel central del espasmo del esfínter anal interno en la patogénesis de la enfermedad. La toxina botulínica ha sido utilizada para mejorar variadas formas de distonía y se ha propuesto para otras patologías con tono muscular aumentado. La ventaja de emplear inyecciones de la toxina en el esfínter se basa en la disminución del tono muscular durante 4 o más meses, permitiendo la cicatrización de la fisura. En otra forma, se realiza una esfínterectomía transitoria. **Objetivo:** Conocer la efectividad de la toxina botulínica en el tratamiento de la fisura anal crónica no complicada en los pacientes que asisten al Servicio de Cirugía Digestiva del Hôpital Ste. Marguerite. **Pacientes y métodos:** Se incluyeron 40 pacientes cuyas edades varían entre los 20-81 años con edad promedio de 43 años (16 mujeres y 24 hombres), tratados durante el periodo comprendido de noviembre de 2000 a abril 2002. El tiempo de evolución de la fisura en promedio fue de 8 meses. En cuanto a la sintomatología, 50% presentó dolor rectal y rectorragia, el restante 50% sólo dolor. En 95% de los casos, los síntomas eran desencadenados por la defecación. En 80% de los casos se documentó espasmo esfinteriano y 25% de ellos habían sido tratados previamente con derivados de nitratos, con pobre o nula respuesta. La inyección se realizó en línea media posterior localizando el esfínter anal interno en forma digital; se utilizó una jeringa de insulina. Se realizó una segunda inyección en un intervalo de 8 semanas. Se utilizó Dysport® (500U de toxina botulínica) en una solución de 4 ml de solución salina. Se inyectaron 0.5 ml (62U) en la primera ocasión y 0.6 ml (75U) en la segunda. El seguimiento promedio fue de 10.8 meses. Los resultados se expresan en promedios y porcentajes. **Resultados:** Los parámetros analizados fueron la desaparición de los síntomas y la cicatrización de la fisura. Ambos parámetros se dividieron en mejoría parcial, total o ninguna después de cada inyección. Desaparición de los síntomas: después de la primera inyección se registró mejoría parcial en 72%, total en 20% y ninguna en 8%. Después de la segunda inyección: mejoría parcial 18%, total 69%, ninguna en 13%. Cicatrización de la fisura: después de la primera inyección: 72% de los pacientes mostró cicatrización parcial de la fisura, en 16% fue total y 12% no registró cambios. Presentó cicatrización parcial después de la segunda inyección 6%, el porcentaje con cicatrización completa aumentó hasta 88%, el restante 6% no tuvo mejoría. Seis de los 40 pacientes (15%) tuvieron que someterse a tratamiento quirúrgico por recidiva, la cual se presentó dentro de los tres meses siguientes de finalizado el tratamiento. Tres pacientes (7.5%) presentaron efectos secundarios como cefa-

lea (mitigada por analgésicos) o complicaciones del tipo de sangrado o fuga de gas, las cuales se autolimitaron dentro de las primeras 24 horas. **Conclusiones:** La desaparición de los síntomas ocurrió en 70% de los casos. Al igual que en otras series, se propone una segunda inyección a las ocho semanas, ya que se demostró cicatrización completa de la fisura hasta en 88% de los pacientes. Los efectos secundarios se presentaron en muy pocos pacientes. El uso de la toxina botulínica es una modalidad terapéutica que ofrece una tasa elevada de éxito, brindándonos la posibilidad de evitar la cirugía, protegiendo así al esfínter anal de una potencial incontinencia futura.

043 TL-031

RELACIÓN DE LOS HALLAZGOS HISTOLÓGICOS CON LA RESISTENCIA EN ANASTOMOSIS DE COLON NORMAL Y PATOLÓGICO, POSTERIOR A TRATAMIENTO CON SELLO DE FIBRINA HIPOCONCENTRADO

Moreno CC, Orozco MA, Ornelas AJM, Vázquez CG, Portilla DBE, Muciño HMI, Fuentes OC, López OA, González OA
Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Departamento de Anatomía Patológica y División de Investigaciones Quirúrgicas, Centro de Investigaciones Biomédicas de Occidente, CMNO-Jal. Financiamiento: Conacyt-SiMorelos 1999-0302009.

Objetivo: Evaluar cambios histológicos durante la cicatrización de anastomosis colónicas y resistencia a la presión de estallamiento, posterior a la aplicación de fibrinógeno a distintas concentraciones. **Material y métodos:** Estudio experimental. Se incluyeron 80 muestras de anastomosis de colon izquierdo en ratas. Las tinciones se realizaron con: hematoxilina & eosina, tricrómico de Masson, Ashe e inmunohistoquímica para colágeno IV. Se preparó el colon en 50% de los casos y en el resto se provocó colitis isquémica. Se establecieron 8 grupos (10 ratas en cada uno), con anastomosis colónica y aplicación de sello de fibrina sobre la anastomosis, en 3 preparaciones distintas: concentración normal (fibrinógeno 120 mg/ml-trombina 1,000 U/ml), hipoconcentrado (fibrinógeno 40 mg/ml-trombina 500 U/ml), hipoconcentrado con trombina normal (fibrinógeno 40 mg/ml-trombina 1,000 U/ml). **Resultados:** Los valores de las presiones de estallamiento fueron mayores en el grupo de colon normal con anastomosis más sello de fibrinógeno a 40 mg/ml (239 mmHg), comparación con el grupo de colon isquémico sin sello de fibrina (128 mmHg). El contenido de colágena, organización de fibroblastos e histocitos fue mayor en todas las anastomosis adicionadas con sello de diferentes concentraciones (p < 0.05). La proliferación vascular fue significativamente menor en colon isquémico sin adhesivo y similar cuando se aplicó el adhesivo en colon normal o isquémico. **Conclusiones:** Los grupos con fibrina hipoconcentrada presentaron mayor resistencia a la presión de estallamiento en comparación del grupo con sello de fibrina normoconcentrada, así como mayor proliferación de tejido de granulación, vascularidad y colágena tipo IV en los grupos con fibrina independiente de la concentración.

044 TL-034

GRADO DE ASOCIACIÓN DE MICROMETÁSTASIS A MÉDULA ÓSEA EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL EN ETAPA CURATIVA Y SU RELACIÓN CON EXTENSIÓN GANGLIONAR LOCAL

Ontiveros RY, Durán RO, González OA, Vázquez CG, Delgado LJL, Martínez AS, Tirado EP, Moreno VH
Departamentos de Gastroenterología, Coloproctología, Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Patología y Hematología. Hospital de Especialidades. CMNO-IMSS.

Introducción: La médula ósea normalmente no expresa ningún componente epitelial, por lo que si se encuentran marcadores proteicos positivos (citoqueratina) indica micrometástasis de cualquier tumor epitelial. **Objetivo:** Conocer la asociación de micrometástasis en médula ósea en pacientes con cáncer colorrectal en etapa curativa y su relación con extensión ganglionar. **Material y métodos:** Estudio transversal en el que se incluyeron 8 pacientes con adenocarcinoma a quienes se les realizó aspirado medular (ambas crestas ilíacas). El material se fijó con etanol al 70%. Se aplicó anticuerpo monoclonal dirigido contra

la citoqueratina 18, específica de células epiteliales. **Resultados:** Cinco (62%) fueron masculinos y 3 (38%) femeninos con un promedio de edad de 48.8 años. Por diferenciación tumoral, 7 (87%) tuvieron adenocarcinoma moderadamente diferenciado y un paciente (13%) con adenocarcinoma bien diferenciado. De acuerdo a la clasificación TNM, 5 (62%) pacientes se encontraron en T3N0M0 y 3 (38%) en T3N2M0. Por inmunohistoquímica solamente fue positivo en 1 paciente (13%), con adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado con 7 ganglios positivos encontrándose en un estadio 3 (T3N2M0). Al contrastar las variables mediante un análisis de correlación de Pearson encontramos un valor de r de 0.488 que establece una asociación entre el estadio de la enfermedad dado por el TNM y el desarrollo de micrometástasis a la médula, aunque este valor no fue significativo ($p = 0.220$). **Conclusiones:** La posibilidad de tener micrometástasis mediante la evaluación de aspirado de médula ósea con citoqueratina CK-18 es del 48% en presencia de un adenocarcinoma de recto etapa T3N2M0.

045 TL-045

CIERRE PRIMARIO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRAUMA DE COLON

Cruz C, Torres G, Hernández L, Tejeda J, Floriano L, Coyoli O, Pacheco M, Carrasco JA
Hospital Xoco, Secretaría de Salud GDF.

El cierre primario constituye una alternativa importante en el tratamiento del trauma de colon, su empleo es motivo de controversia. **Objetivo:** Evaluar la utilización del cierre primario en el tratamiento del trauma de colon. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo que incluyó a pacientes que con el diagnóstico de trauma de colon acudieron a las instituciones participantes en el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 1996 y el 31 de octubre del 2002, en quienes se realizó cierre primario como el tratamiento de elección de acuerdo a los criterios de Flint, Stone y Fabian, y Shanon y Moore, se consideraron además como variable de interés, edad, sexo, ISS, tiempo de evolución, mecanismo de lesión, lesiones asociadas, presencia de complicaciones y mortalidad, se empleó estadística inferencial y se consideró significancia a valores de $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron dentro de estudio a 110 pacientes de los cuales el 68% pertenecían al sexo masculino y el 32% pertenecían al sexo femenino, la edad promedio fue de 44 años, el tiempo de evolución entre la producción de la lesión y la atención fue de 4.2 horas, se encontró un ISS de 28 (12-42), el mecanismo de lesión fue HPIPC 55%, HPAF 34% y T contuso en 11%, la localización de las lesiones fue colon derecho 30%, colon izquierdo 65% y lesiones múltiples en el 5%, se encontraron lesiones asociadas en el 22% de los casos siendo la principal la lesión de intestino delgado. Se efectuó cierre primario en la totalidad de pacientes analizados, registrando éxito en la reparación en el 92.7% y algún tipo de complicación en el 7.3% de las cuales fueron dehiscencia del cierre primario en el 2.3% (3 pac) infección en 3 pacientes. Se presentó mortalidad en el 1.8% (2 pacientes). **Conclusión:** El cierre primario de colon constituye una alternativa útil y segura cuando se encuentra bien indicada con éxito en la reparación en el 92.7%, morbilidad en el 2.3% y mortalidad en el 1.8%.

046 TL-046

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMA DE RECTO: EVALUACIÓN PROSPECTIVA

Cruz C, Coyoli O, Torres G, Hernández L, Pacheco M, Floriano L, Carrasco JA
Hospital Xoco, Secretaría de Salud GDF.

Objetivo: Conocer las características y opciones utilizadas en el tratamiento del trauma de recto. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo transversal, observacional y multicéntrico que incluyó a la totalidad de pacientes que con el diagnóstico de trauma de recto fueron atendidos en los hospitales participantes en el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 1996 y el 31 de mayo de 2001. Las variables de interés fueron edad, sexo, mecanismo de lesión, procedimiento diagnóstico, lesiones asociadas, índice de gravedad de la

lesión (ISS), índice de trauma abdominal penetrante (PATI), escala de gravedad del trauma rectal, tratamiento y pronóstico. Se empleó estadística inferencial, se consideró como significancia a $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron dentro de este estudio a 51 pacientes de los cuales el 87% pertenecían al sexo masculino y el 13% al sexo femenino, la edad promedio fue de 34 años \pm 16.3. El principal signo observado fue la presencia de hemorragia durante la realización de tacto rectal, el cual se observó en el 93% de los pacientes; el principal mecanismo de lesión fue herida por arma de fuego en el 43% de los casos, el ISS fue en promedio de 14.1 ± 17.1 y el PATI de 11, la escala de gravedad del trauma rectal fue de 2.9. Se registró la presencia de lesiones asociadas en el 15% de la totalidad de la muestra, siendo el principal órgano afectado el intestino delgado. El principal tratamiento utilizado fue la reparación de la lesión y cirugía derivativa, la cual se realizó en el 46.6% de la totalidad de la muestra, se registró algún tipo de complicación en el 15% de los casos siendo la principal la presencia de infección a nivel de la herida quirúrgica. No se registró durante este estudio la presencia de mortalidad. **Conclusión:** En la población analizada, el trauma de recto afecta principalmente el sexo masculino siendo el principal signo la presencia de hemorragia al tacto rectal, el tratamiento más frecuentemente realizado es la reparación de la lesión con cirugía derivativa presentándose complicaciones en el 15%.

047 TL-047

LIGADURA DOPPLER EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD HEMORROIDAL

Coyoli GO, Cruz SCA, Toledo CRC, Herrerón CJM, Stahl DE, Reyes PD, González S, Martínez HA, Sepúlveda R
Servicio de Coloproctología. Hospital Regional ALM, ISSSTE.

A pesar de que la hemorroidectomía es un tratamiento seguro de la enfermedad hemorroidal, se continúa en la búsqueda de tratamientos ambulatorios que proporcionen el mismo resultado a largo plazo pero con menor dolor, efectos colaterales y tiempo de incapacidad. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de la ligadura Doppler en tratamiento de la enfermedad hemorroidal. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo que incluyó a pacientes que con el diagnóstico de enfermedad hemorroidal fueron atendidos en esta institución, los cuales bajo asignación directa fueron programados para la realización de ligadura Doppler, bajo anestesia local con lidocaína al 2% procediendo a la introducción de anoscopio provisto de un transductor Doppler y realizando ligadura de las zonas con alto flujo con poliglicolina 910 de 3-0. En todos los pacientes se empleó dieta alta en fibra, psillium plantado a dosis habituales y analgésicos en caso necesario. Se programaron visitas posteriores para conocer los resultados empleando estadística inferencial y considerando significancia a valores de $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron a 22 pacientes de los cuales el 73% pertenecían al sexo masculino y el 27% al sexo femenino con edad promedio de 49.7 años (20-83), el tiempo medio de evolución fue de 39 meses, el síntoma principal fue sangrado durante la evacuación en el 95% y protrusión en el 31%. Se corroboró la presencia de hemorroides en sectores principales en el 100% de los casos por anoscopia. La enfermedad hemorroidal fue grado II en el 54%, grado I en el 36% y grado III en el 9%. No hubo alteraciones en la rectosigmoidoscopia en ninguno de los casos. El procedimiento fue bien tolerado en todos excepto en uno de los pacientes, (reflejo vaginal corregido al suspenderlo), el tiempo medio de realización fue de 23 minutos (10-35) y no hubo otras complicaciones transoperatorias. En el 100% se ligaron los 3 paquetes principales, registrándose disminución del flujo en forma significativa en el 90% de los casos. El tiempo promedio de seguimiento es de 110 días, se observó suspensión del sangrado en el 72% cediendo en la primera semana en el 59% y el resto (13%) en la segunda semana. La protrusión desapareció en el 57% de los casos. Un paciente presentó trombosis de un paquete externo, otro sensación de cuerpo extraño intrarrectal y 2 dolor durante la primera semana (18% de complicaciones). **Conclusión:** La ligadura Doppler es un método ambulatorio de fácil realización con buenos resultados y pocas complicaciones. Se requieren más estudios para validar la utilidad de esta técnica.

048 TL-060

GANGLIO CENTINELA PARA ESTADIFICACIÓN EN EL CÁNCER DE COLON

Fernández J, Martínez-Ulloa J, Baqueiro A, Gómez JM, Dorantes M Hospital Español de México.

Introducción y objetivos: Las series actuales reportan una subestadificación en el cáncer de colon, hasta en un 16% de los casos, cuando se reportan ganglios negativos, o sea, de un Dukes Astler-Coller B1 o B2 a uno C y/o TNM II a uno III. Como en la mayoría de los tumores sólidos, la presencia de ganglios positivos con metástasis, son el factor de riesgo predictivo único, para la recurrencia regional y metastásica. La terapia adyuvante temprana ha demostrado reducir la mortalidad en pacientes con ganglios positivos a metástasis. Por ello la importancia en la estadificación correcta y precisa, con el reporte de involucro o no de los ganglios linfáticos para, en primer lugar, dar un pronóstico más real al paciente, y en segundo, para ofrecer un manejo adyuvante temprano en caso necesario. Se presenta un método para la búsqueda de micrometástasis relativamente fácil de realizar, y a bajo costo comparado con la utilización de medicina nuclear (Linfocentelografía) y sondeo-gamma (gamma-probe Navigator AutoSure) guiado por radio, marcado con Tecnecio 99m Sn (tin), etc. **Material y métodos:** Este es un estudio prospectivo, en el que se incluye a todo paciente con diagnóstico de cáncer de colon, sin evidencia ganglios regionales involucrados o metástasis a distancia. Se utiliza azul isosulfan al 1% para la tinción de los ganglios. Se pueden realizar dos técnicas. Idealmente se realiza la técnica *in vivo*; en caso de que técnicamente no sea posible, se realiza la técnica *ex vivo*. Técnica *in vivo*: Una vez localizada la lesión, se inyecta a nivel de la subserosa con aguja de insulina, 1 a 2 cc de colorante en los 4 cuadrantes de la circunferencia de la masa. Se espera un periodo de 1 a 5 minutos para la tinción de los ganglios linfáticos. Se toman los primeros 1 a 3 ganglios que se tiñan de azul dentro del tiempo estipulado anteriormente. En caso de que no se identifiquen los ganglios, se realizara la técnica *ex vivo*. Técnica *ex vivo*: Ésta se debe realizar dentro de los primeros 30 minutos de reseca la pieza quirúrgica. Se realiza una incisión longitudinal en el borde antimesentérico, sin importar si se secciona la tumoración, y se inyecta con aguja de insulina 0.25 cc de colorante en los 4 cuadrantes de la circunferencia del tumor a nivel submucoso. Si se corta la tumoración, aplicarlo en los 2 bordes (en total 6 inyecciones). Se debe de realizar masaje a los sitios de inyección por 2 a 5 minutos para posteriormente realizar la disección cuidadosa del meso para resecar de los 1 a 3 primeros ganglios que se tiñan. Una vez que se tenga el o los ganglios centinela, se procesarán en el laboratorio de patología. Si se encuentra tejido neoplásico en los ganglios por microscopia convencional, se estadifica como Dukes Astler-Coller C. En caso de reportarse como negativos, se realizara inmunohistoquímica con citoqueratinas, en búsqueda de micrometástasis. **Resultados:** Se han realizado 16 casos, en un periodo de 13 meses, 10 mujeres y 6 hombres, con un rango de edad de 41 a 73 años, con diagnóstico de adenocarcinoma por biopsia, sin evidencia de metástasis previa a la cirugía. Se realizaron 6 resecciones anteriores bajas, tres sigmoidectomías y seis hemicolectomías derecha. Se realizaron 5 técnicas *in vivo* y 10 *ex vivo*, obteniendo 3 ganglios centinela en ocho de ellas y dos ganglios, en las restantes. En una de ellas no se evidenció metástasis por microscopia convencional, por lo que se realizó inmunohistoquímica, en la cual se reportó positivo a micrometástasis. **Conclusiones:** Es de vital importancia para el pronóstico del paciente postoperado de un cáncer de colon, la buena estadificación del mismo, para poder ofrecerle un pronóstico real de su enfermedad, así como el inicio de terapia adyuvante temprana. Se realiza una atenta y cordial invitación a toda aquella institución interesada en la realización de este protocolo multicéntrico nacional, ya que el material y método para la realización del mismo es relativamente sencillo y a bajo costo, con el fin de poder aumentar la casuística, y obtener mejores resultados, en beneficio del paciente. Actualmente, se inició, en conjunto con el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, la aplicación de este protocolo.

049 TL-075

APENDICITIS AGUDA MODIFICADA POR MEDICAMENTOS: REALIDAD O MITO

Bonifaz-Calvo IJ, Gracida-Mancilla N, Meza-Vudoyra MA, Santiago-Prieto AC, Palomeque-López A, Rosas-Flores MA Hospital General de México.

Antecedentes: La apendicitis aguda es la enfermedad que requiere tratamiento quirúrgico más frecuente. El retraso en su diagnóstico y tratamiento incrementan la morbilidad y mortalidad. Un gran número de pacientes reciben tratamiento médico antes de su diagnóstico definitivo, lo que se cree, altera las manifestaciones clínicas, exámenes paraclínicos y aumentar las complicaciones, por lo que se ha acuñado el término "apendicitis aguda modificada por medicamentos". **Objetivos:** 1) Identificar si existen cambios en el cuadro clínico, exámenes paraclínicos y complicaciones en pacientes que reciben tratamiento médico previo. 2) Definir si existe el diagnóstico de "apendicitis aguda modificada por medicamentos". **Método:** Estudio prospectivo, longitudinal, analizando variables clínicas, datos de laboratorio y gabinete, hallazgos quirúrgicos, complicaciones observadas y diagnóstico histopatológico de pacientes con y sin tratamiento médico previo. **Resultados:** Existe un aumento en las complicaciones de pacientes que recibieron tratamiento médico previo. No se presentaron cambios significativos en el cuadro clínico, hallazgos a la exploración física ni en exámenes de laboratorio y gabinete comparando los pacientes con y sin tratamiento médico previo. **Conclusiones:** Los pacientes que reciben tratamiento médico previo presentan mayores complicaciones. Sin embargo, no es posible establecer un diagnóstico clínico, ni paraclínico de "apendicitis aguda modificada por medicamentos"; de existir, se debe asignar el diagnóstico en forma postoperatoria, basándose en la mayor posibilidad de complicaciones.

050 TL-090

MUCOSECTOMÍA RECTAL COMO TRATAMIENTO DE HEMORROIDES INTERNAS. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PRIVADO

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

Antecedentes: La escisión quirúrgica es el tratamiento ideal para las hemorroides grado III y IV. Clásicamente se ha utilizado la hemorroidectomía radical con diferentes técnicas, todas con alta incidencia de complicaciones y recurrencias especialmente en enfermedad hemorroidal avanzada. Hoy en día existe la posibilidad de tratar la enfermedad hemorroidal utilizando una engrapadora circular, conocida como PPH, siendo un procedimiento relativamente fácil, con un muy bajo índice de complicaciones, menor dolor postoperatorio, sin recurrencias tempranas y con un retorno más rápido a las actividades cotidianas, además de corregir con transacción mucosa alta el prolapso, el cual es uno de los aspectos pato-fisiológicos más importantes en el desarrollo de las hemorroides. **Objetivos:** Evaluar los resultados de la utilización de PPH en un hospital privado. Conocer la evolución de los pacientes operados con la técnica PPH comparada con la técnica tradicional. **Materiales y métodos:** Se diseñó un estudio comparativo, abierto, observacional, retrospectivo, transversal. Se revisaron 149 expedientes de pacientes tratados quirúrgicamente por enfermedad hemorroidal en el periodo enero de 2001 a diciembre de 2002. Fueron excluidos 48, quedando 101 pacientes, de los cuales 85 fueron tratados con técnicas qx tradicionales y 16 con engrapadora PPH. Evaluamos las molestias postoperatorias como dolor. Utilizando la escala visual análoga durante su EIH. **Sangrado:** presencia (1) o ausencia (2). **Recurrencia de las hemorroides:** presencia (1) o ausencia (2) durante un periodo de 6 meses. **Días de estancia hospitalaria.** Contando el número de días de internamiento. Se compararon ambos grupos y se valoraron las diferencias estadísticamente. **Resultados preliminares:** Se estudiaron a un total de 101 pacientes por un periodo de dos años, de los cuales 56 fueron del sexo masculino, con una media de edad de 43.5 años; y 45 de sexo femenino con una media de 43.1 años. El dolor y san-

grado postoperatorios fueron significativamente menores ($p < 0.05$) en los pacientes tratados con PPH. La recidiva en pacientes con PPH fue de cero. La estancia intrahospitalaria media fue muy similar en ambos grupos (1.57 días con técnica tradicional y 1.35 días con PPH). **Conclusiones:** Las técnicas quirúrgicas tradicionales son consideradas molestas, dolorosas, incapacitantes y con cierto índice de recurrencia, por lo que el uso de la engrapadora PPH resulta seguro y efectivo para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal interna con prolapso y coadyuvante para el de la enfermedad hemorroidal mixta y proporciona un postoperatorio más cómodo, de mayor calidad y con menos recidivas.

051 TL-091

EVALUACIÓN DEL COLGAJO ENDORRECTAL POR AVANCE EN EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS RECTOVAGINALES

Barrera RC, Martínez HMP, Villanueva SE, Rocha RJL, Jaime ZM, Rojas IMF

Departamento de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México DF.

Antecedentes: Las fístulas rectovaginales son comunicaciones anormales entre el recto y la vagina cubiertas de epitelio. Representan el 5% de todas las fístulas anorrectales. La causa más frecuente es por trauma obstétrico seguido por enfermedad inflamatoria intestinal. Se clasifican de acuerdo a su localización en inferiores, medias y superiores, así mismo pueden ser simples o complejas. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con fístula rectovaginal que se les realizó colgajo endorrectal. El estudio se realizó en el CMNSXXI en el Departamento de Cirugía de Colon y Recto del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se determinó la etiología, tipo de fístula de acuerdo a su localización, tamaño, incontinencia asociada y realización de esfinteroplastía y recidiva de la fístula rectovaginal. Se revisaron los síntomas más frecuentes, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria. **Resultados:** Fueron nueve pacientes con fístula rectovaginal, con rangos de edad de 24 a 74 años, la etiología de las fístulas fueron: 4 por trauma obstétrico, 1 con ant. de histerectomía abdominal, 1 histerectomía vaginal, 1 postquirúrgica de rectocele, 1 postesfinteroplastía y 1 por proceso inflamatorio colorrectal en donde las biopsias demostraron colitis pseudomembranosa. De acuerdo a su localización 8 fueron fístulas rectovaginales bajas y 1 media. El tamaño de la fístula varió de 0.2-2 cm. Tres pacientes tenían incontinencia fecal por lesión esfinteriana por trauma obstétrico, a las cuales además del colgajo endorrectal se les realizó esfinteroplastía. Tres pacientes tenían cirugías previas de corrección de las fístulas con dos intentos fallidos, cada una tratada en otro hospital. Sólo hubo una recidiva de fístula rectovaginal, la cual la paciente se reintervino realizándose nuevamente colgajo endorrectal evolucionando favorablemente. De las pacientes con incontinencia mejoraron sustancialmente, sólo una paciente con ligera incontinencia a gases. Los síntomas más frecuentes fueron salida de gas y materia fecal por vagina e infecciones de vías urinarias. El tiempo quirúrgico fue de 50 min a 2 h. El promedio de estancia hospitalaria fue de 6 días. El índice de éxito global fue del 88%. El índice de éxito para las pacientes con cirugías previas fallidas de reparación de la fístula fue del 100%.

Conclusiones: El colgajo endorrectal por avance para el tratamiento de las fístulas rectovaginales simples es el método de elección para los cirujanos colorrectales, es seguro y con altos índices de éxito.

052 TL-096

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO. COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA 2002

Sierra ME, Villanueva E, Martínez P
HECMN Siglo XXI.

El sangrado del tubo digestivo bajo sigue siendo un problema clínico importante y la colonoscopia se ha convertido en un método de diagnóstico muy usado que tiene el cirujano de colon y recto para diagnosticar las diferentes patologías. El objetivo de este estudio es mostrar la

estadística del Servicio de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI. Por lo cual se revisaron los expedientes de las colonoscopias realizadas durante el año 2002. Se realizaron 751 endoscopias, de las cuales 242 fueron por sangrado del tubo digestivo, de los cuales el sexo masculino correspondía al 50.41% y el femenino en un 49.59%, el paciente de menor edad fue de 18 años y el de mayor edad fue de 93 años con un promedio de edad de 56.5 años. La patología que mayor se diagnosticó fue la enfermedad diverticular en un 38.8% y llama la atención que 20.24% de las colonoscopias fueron normales. Se concluye que la colonoscopia sigue siendo una herramienta útil, las estadísticas encontradas están dentro de los mismos valores de otros estudios y las complicaciones al realizar el estudio fue del 0%.

053 TL-121

USO DE LA TÉCNICA DE DOBLE ENGRAPADO EN CIRUGÍA COLORRECTAL. REVISIÓN RETROSPECTIVA DE UNA EXPERIENCIA INSTITUCIONAL DE OCHO AÑOS

Rojas IMF, Dr. Martínez HMP, Villanueva SE, Peña EJ, Jaime ZM, Barrera RC

Departamento de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Antecedentes: El concepto de sobreponer líneas de sutura mecánica fue descrito originalmente por Nance en New Orleans, Louisiana, en 1979 para la elaboración de un tipo de gastroduodenostomía. Esta técnica quirúrgica fue usada posteriormente en 1980 por Knight y Griffen y después por Cohen y colaboradores en la pelvis al momento de llevar a cabo una resección anterior baja. En las series pequeñas que publicaron reportaron una tasa de fuga anastomótica de 0 a 4%. Aunque el uso de esta técnica se ha hecho más popular en los últimos años, existen algunos que consideran controvertida su aplicación por el riesgo de fuga anastomótica que implica. Sin embargo, varios autores en la última década han reportado una tasa de 2 al 8% en comparación con un 8 a 6% en el caso de realizar anastomosis mecánica simple. **Objetivo del estudio:** Describir y analizar la experiencia en el uso de la técnica de doble engrapado en cirugía colorrectal, en el Departamento de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. **Materiales y métodos:** En un periodo que abarcó desde octubre de 1995 hasta junio de 2003 se revisaron los expedientes clínicos de 96 pacientes que fueron operados usando la técnica del doble engrapado, de forma electiva. Se revisaron los reportes de histopatología en los casos de cirugía por cáncer de recto. **Resultados:** De los 96 pacientes motivo de la revisión, 48 corresponden a cáncer de recto (50%), 26 se operaron en un segundo tiempo por complicaciones de enfermedad diverticular (27%), en 16 casos se elaboró reservorio ileoanal por colitis ulcerativa crónica inespecífica (16%), 3 corresponden a procedimiento de Fryckman Goldberg por prolapso rectal completo (3.1%), 1 caso por trauma rectal, 1 paciente por fístula rectovaginal, y un cierre de colostomía por colitis isquémica. De todos los pacientes sólo 2 (2.08%) presentaron fuga anastomótica, corroborada por clínica y radiología. Un caso en el que se realizó resección anterior baja por cáncer de recto de tercio medio, se desmanteló la anastomosis y se dejó colostomía temporal. También se evidenció fuga anastomótica en un paciente con cierre de colostomía por complicación de enfermedad diverticular, se desmanteló la anastomosis y se remodeló la misma. La tasa de mortalidad postoperatoria relacionada con el procedimiento fue de cero, dos pacientes fallecieron en terapia intensiva, uno por infarto de miocardio y el otro por complicaciones pulmonares. El 30% de los paciente presentaron complicaciones postoperatorias mediatas, de las cuales el 90% corresponden a oclusión intestinal. **Conclusiones:** En nuestro servicio el uso de la técnica de doble engrapado en anastomosis colorrectales tiene una tasa de fuga anastomótica baja (2.08%) y podemos concluir que es un procedimiento seguro. Además el uso de esta técnica ofrece dos ventajas como ser: anastomosis técnicamente más fácil especialmente en la profundidad del hueco pélvico; menor contaminación debido a que el recto no es abierto.

054 TL-130

POLIPECTOMÍA ENDOSCÓPICA. EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO. HECMN S.XXI, IMSS. RESULTADOS PRELIMINARESGonzález GCP, Villanueva SE, Martínez HMP
HECMN S.XXI, IMSS.

Antecedentes: La mayoría del cáncer colorrectal se origina de la secuencia adenoma-carcinoma. Ya que la prevalencia de pólipos colónicos excede a la del carcinoma, pocos pólipos actualmente progresan hacia carcinoma. El riesgo del cáncer colorrectal en la base del pólipo es de 2.5, 8 y 24% a los 5, 10 y 20 años, respectivamente. Sin intervención, existe un incremento en el riesgo de 2 veces para el desarrollo de cáncer de colon. Las principales complicaciones son sangrado y perforación y ocurren en menos del 2% de los casos. **Objetivo:** Evaluar y presentar la experiencia en polipectomía endoscópica en nuestro servicio. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo pacientes sometidos a polipectomía endoscópica en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto de 1997 a 2002, a través del expediente clínico, considerando incidencia, reporte histopatológico y complicaciones durante el procedimiento. **Resultados:** Se realizaron 452 polipectomías endoscópicas, utilizando asa diatérmica y pinza. La tasa de complicación fue del 0.8%, menor a la reportada en la mayoría de la bibliografía, siendo la principal complicación la hemorragia. Uno de los pacientes con hemorragia requirió cirugía por persistencia del mismo. No hubo mortalidad en ninguno de los casos. **Conclusiones:** La polipectomía endoscópica es un método seguro que se realiza con una baja tasa de complicaciones y previene la progresión hacia el cáncer colorrectal.

055 TL-150

APENDICITIS AGUDA COMPLICADA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICOLópez C, Carmona M, Montero C, Treviño M, Zárate M, Cardona S
Departamento de Cirugía General. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L. México.

Introducción: A pesar de nuevos métodos de imagen y diagnóstico para las enfermedades del apéndice cecal, el diagnóstico es realizado en forma clínica. La apendicitis gangrenada/perforada se encuentra en aproximadamente 20%-40% de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda. El objetivo del presente estudio es evaluar la morbi/mortalidad y tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda complicada (gangrenada, perforada). **Método:** Se recopilaron en forma prospectiva los datos clínicos de los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda (mayo-julio 2003). Se evaluó el tratamiento quirúrgico y la mortalidad. Por medio del test de χ^2 se identificaron diferencias entre grupos. **Resultados:** Se observaron un total de 63 casos con diagnóstico de apendicitis aguda en el servicio Departamento de Cirugía General de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Los hallazgos histológicos fueron: apéndice normal 3.1%; apéndice supurado 22.2%; apéndice perforado 61.9 % (n = %). Un 75% de los pacientes con más de 48 h de evolución se encontró el apéndice perforado, vs 25% de los pacientes con menos de 72 h de evolución (p = 0.003). El tratamiento fue apendicectomía y drenajes en 31.8% de los pacientes, en cuatro de los casos (6%) se requirió realizar hemicolectomía derecha y colocación de estomas. Cuatro pacientes (6%) presentaron complicaciones en el periodo postquirúrgico. La tasa de mortalidad fue de 1.5% (1/63). **Conclusiones:** Con tratamiento quirúrgico adecuado y cuidados postoperatorios la morbi/mortalidad en pacientes con apendicitis complicada es aceptable.

056 TL-163

NUEVO SIGNO APENDICULAR EN FLANCO DERECHO O SIGNO APENDICULAR DE OROZCOOrozco RLF, Prieto Diaz ChE, Rodríguez SE, Andrade TG, Millán GRO
IMSS, ISSSTE.

Objetivo: Demostrar que el signo de Orozco tiene relación con cuadro agudo apendicular en especial con localización retrocecal y - demostrar que el punto apendicular puede asociarse al signo de Orozco en cuadro agudo apendicular. **Material y método:** Diseño: para una prueba diagnóstica. Se estudiaron pacientes del servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 1 del IMSS en Colima, 144 pacientes para cada grupo en forma consecutiva que ingresaron al servicio de urgencias con dolor abdominal en estudio que tuviesen cuadro franco de dolor abdominal compatible con apendicitis, se tomaron en cuenta los signos encontrados compatibles con apendicitis como son el Mc Burney, Rovsing, psoas, obturador, Von Blumberg, Vassiere, Giordano derecho, y sobre todo el signo en estudio signo de Orozco o signo de peloteo en flanco derecho. Se incluyeron pacientes de cinco años en adelante que puedan responder a preguntas durante las maniobras. Y pacientes que cooperen para la exploración y respondan conscientemente El diagnóstico se confirmó con resultados histopatológicos de apendicitis considerada como estándar de oro. Se utilizaron medidas de tendencia central, dispersión, prueba de χ^2 y t Student. **Resultados:** Se analizaron 288 pacientes, 145 fueron del sexo masculino y 143 del sexo femenino, con edad de 28 (\pm 17) años. Ciento cuarenta y tres fueron verdaderos positivos, 1 fue falso positivo, en 59 pacientes el signo de Orozco no diagnosticó apendicitis y a 85 pacientes sin apendicitis identificó el signo de Orozco.

057 TL-164

CIANOACRILATO EN CIERRE DE HERIDA POR CIRUGÍA LAPAROSCÓPICAOrozco RLF, Prieto Diaz ChE, Rodríguez SE, Andrade TG, Millán GRO
IMSS.

Objetivo: Investigar la eficacia del cianoacrilato en el cierre de heridas en cirugía laparoscópica, comparado con el método de sutura tradicional. **Material y método:** Se realizó un ensayo clínico ciego simple en 116 pacientes en quienes se dividió la pared abdominal en dos secciones. La derecha (Grupo 1) y la izquierda (Grupo 2). En el Grupo 1 se colocó una o dos gotas de cianoacrilato directo sobre la incisión. En el Grupo 2 control se realizó sutura tradicional con nylon. Ambos grupos se evaluaron a los 21 días del cierre de la herida. La diferencia estadística en las características basales entre los grupos de estudio, fue calculada con c 2 y prueba t de Student. Los valores de p fueron de 2 colas. **Resultados:** En longitud de la herida, en ambos grupos no se observó diferencia significativa. En relación con el tiempo de cierre de la herida quirúrgica, resultó menor tiempo en el grupo cianoacrilato con una diferencia significativa de p < de 0.0001. También hubo diferencia significativa en estética en el Grupo 1. No hubo diferencia significativa en el resto de las variables tales como dehiscencia de sutura y coaptación de bordes adecuados. **Conclusiones:** Nuestro estudio mostró que el cianoacrilato es más eficaz en el cierre de heridas por cirugía laparoscópica, con ventajas sobre el método de sutura tradicional. Aunque no pretendemos sustituir estos métodos, recomendamos el empleo del cianoacrilato para el cierre de heridas en laparoscopias, en ciertos pacientes, siguiendo reglas de empleo y practicado por expertos.

058 TL-184

¿ES LA ILEOANOANASTOMOSIS CON RESERVORIO ILEAL, REALIZADA MEDIANTE GRAPADORA, UN PROCEDIMIENTO ADECUADO PARA PACIENTES DE CUCI Y POLIPOSIS FAMILIAR, COMPARADO CON LA LITERATURA?Domínguez GDJ, López BG, Robles GB, Medina MJL, Zavala PÁ,
Ballesteros SH, Alonso RJC

Objetivo: Conocer los resultados funcionales y complicaciones que se presentan en los pacientes operados con ileoanoanastomosis mecánica, en nuestro hospital, y ver la efectividad comparada con la literatura médica. **Material y métodos:** Es un estudio retrospectivo de casos y controles, de pacientes operados en el HRE No. 25 del IMSS. El análisis se hace mediante medidas de tendencia central, porcentaje y medidas de correlación como Odd's Ratio, Chi cuadrada e intervalos de

confianza. **Resultados:** En este estudio pudimos observar que la morbilidad ocurrida en nuestro servicio fue tan baja como la que se reporta en la literatura médica. Las complicaciones más frecuentes fueron de tipo leve, como infección de herida quirúrgica. En los pacientes con poliposis, se observa que este procedimiento lleva mejores resultados y los pacientes refieren reincorporación a sus actividades en menos tiempo. La calidad de vida que se valoró es buena para ambos en la mayoría de los rubros explorados, como deportes, sexualidad y trabajo. Por lo que podemos concluir que de acuerdo a estos resultados la ileoanastomosis con bolsa ileal realizada con grapadoras es un procedimiento que lleva baja morbilidad, y que reintegra a los pacientes de una manera temprana a su vida activa.

059 TL-185

EN LOS PACIENTES CON CUCI SOMETIDOS A ILEOANOANASTOMOSIS CON BOLSA ILEAL ¿SERÁ LA REALIZADA CON ENGRAPADORA MEJOR EN CUANTO A RESULTADOS, QUE MANUAL?

Castellanos HJA, López BG, Robles GB, Medina MJL, Zavala PJA, Ballesteros SH

Objetivo: Conocer las indicaciones, evolución y complicaciones en pacientes con colitis ulcerativa crónica inespecífica, a los cuales se les realizó algún procedimiento quirúrgico en un periodo de 7 años por el servicio de Cirugía Digestiva y Endocrina del Hospital Regional de Especialidades No. 25 del Centro Médico del Noreste, Instituto Mexicano del Seguro Social. **Material y métodos:** Es un estudio retrospectivo de casos y controles, de pacientes operados en el HRE No. 25 del IMSS. El análisis se hace mediante medidas de tendencia central, porcentaje y medidas de correlación como Odd's Ratio, Chi cuadrada e intervalos de confianza. **Resultados.** El total de los pacientes operados de 1996 al 2002 fueron 46; de los cuales 34 de ellos fueron hombres y 12 mujeres correspondiendo a 67% y 33% respectivamente, con una relación de 2:1. A 23 de ellos se les realizó ileoano manual, mientras que a 12 se les realizó ileoanorrecto de forma mecánica (grapadora). El rango de edad va de 18 a 71. Las Odds ratio demuestran que los pacientes operados de forma manual con mucosectomía tienen mayor ventaja para desarrollar estenosis de la ileoano anastomosis, también se comprueba que ni las complicaciones tardías o tempranas tienen relación con el procedimiento quirúrgico, nivel socioeconómico, edad, grado de escolaridad pero sí están relacionadas con el grado de desnutrición que presentaban los pacientes en el momento de su cirugía.

060 TL-189

ESTADO ACTUAL DE LAS COLONOSCOPIAS (2003) EN EL SERVICIO DE GASTROENDOSCOPIAS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"

Hernández-Higareda L, Baltazar MP, Guerrero HMM, Paredes CE, Maroun MC, Hernández AAS, Gutiérrez MJ, Méndez DMR, Ramírez MP UNAM Endoscopia Gastrointestinal Terapéutica, Servicio de Gastro-Endoscopia Hospital de Especialidades CMNR IMSS, Servicio de Gastro-Endoscopia Hospital de Especialidades CMNR IMSS.

Antecedentes y planteamiento del problema: La detección temprana de lesiones inflamatorias, premalignas y malignas del colon se vuelven prioritarios para el tratamiento definitivo. ¿Cuál es el estado actual de la colonoscopia en un hospital de especialidades? **Objetivo del estudio:** Revisar la experiencia del servicio de endoscopia HECMNR en indicaciones de la colonoscopia, así como los diagnósticos endoscópicos y/o histopatológicos. **Pacientes y métodos:** Se revisó prospectivamente las colonoscopias del 2003, evaluando: diagnóstico de envío, endoscópico, uso de cromoscopia e histopatológico. **Resultados:** Se realizaron 129 colonoscopias a 111 pacientes. A 13 se les realizó más de una colonoscopia por preparación inadecuada, poliplectomía y por seguimiento. Edad de: 55 ± 16 (rango 16-89), fueron 41 hombres (37%) con edad de 53 ± 16 años (rango de: 27-85) y las mujeres fueron 70 (63%) con edad de 57 ± 17 (rango de: 16-89). El motivo de envío fue: HTDB en 27 pacientes; probable CA de colon 19, CUCI 18, pólipo del colon 9, colitis 6, enfermedad diverticular 6 y otros. El diagnóstico endoscópico más frecuente fue: Estudio normal en 37,

enfermedad diverticular 23, colitis inespecífica 15, pólipos 14, enfermedad hemorroidal 13, colitis ulcerosa 10 y otros. Se encontraron lesiones en 39 pacientes (35%). A uno se le realizó poliplectomía al momento del estudio. Se realizó cromoscopia en 12 (11%). A 52 pacientes se les tomó biopsia (47%). El reporte histopatológico (recabado hasta el momento de este resumen) es de 40 por el momento:

Adenocarcinoma moderadamente diferenciado	4	10%
Adenoma tubular - Displasia moderada	6	15%
Colitis crónica moderada	21	53%
CUCI	2	5%
Enfermedad de Crohn	1	3%
Pólipo adenomatoso	2	5%
Pólipo hiperplásico	1	3%
Sin alteraciones	3	8%

Discusión y/o conclusiones: La colonoscopia se ha convertido en el estudio inicial idóneo para la detección temprana de lesiones y manejo terapéutico inicial. La colitis crónica moderada ha sido la más frecuente, encontrando también patología premaligna, inflamatoria o maligna.

061 TL-199

CROMOENDOSCOPIA DEL COLON. UTILIDAD DE LA TINCIÓN DE ÍNDIGO CARMÍN EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES NO DETECTADAS POR ENDOSCOPIA SIMPLE: ENSAYO CLÍNICO. REPORTE PRELIMINAR

Hernández-Higareda L, Maroun MC, Guerrero HMM, Paredes CE, Trujillo BOE, Baltazar MP, Hernández AAS, Gutiérrez MJ, Méndez DMR, Ramírez MP

UNAM Endoscopia Gastrointestinal Terapéutica, Servicio de Gastro-Endoscopia. Hospital de Especialidades CMNR IMSS, Gastro-Endoscopia. Hospital de Especialidades CMNR IMSS, Gastroenterología, HE CMNR IMSS.

Antecedentes y planteamiento del problema: Cada vez son más frecuentes las lesiones inadvertidas en la endoscopia de luz blanca. ¿La colonoscopia con la tinción con índigo carmín tiene mayor sensibilidad y especificidad que la colonoscopia con luz blanca para dirigir la toma de biopsias de cualquier lesión prominente de esta región? **Objetivo del estudio:** Determinar si la cromoscopia del colon con índigo carmín al 0.4% aumenta la capacidad de observar las zonas sospechosas de la pared del colon con el fin de dirigir la toma de biopsia. **Pacientes y métodos:** Este es el reporte preliminar de un ensayo clínico (prospectivo, controlado, donde el mismo paciente es control y estudio, y se estudia la sensibilidad y la especificidad). Se lleva a cabo en el Servicio de Gastroendoscopia del HECMNR. De acuerdo con los criterios de selección en la técnica se introduce el colonoscopio hasta el ciego con la técnica habitual bajo sedación, al llegar al ciego, se inicia la tinción por aspersion con índigo carmín al 0.4% de todo el colon. Al ir retirando el endoscopio se toman biopsias de las lesiones vistas con técnica habitual, o con la tinción. En el caso de no ver superficie irregular para la toma de biopsia se toma una de control por cada segmento del colon. La variable independiente es la tinción con el índigo carmín, la dependiente: la presencia de lesiones, de confusión: La concordancia de los observadores (si se toman bien las biopsias). Esta última se controla por medio de revisión de los videos de las tomas de las muestras por 2 expertos endoscopistas. Análisis estadístico con Wilcoxon y ANOVA respectivamente. Tamaño de la muestra: Se calcula en 45 pacientes que se basa en un porcentaje de 52 sin colorante contra 79% con el colorante (Kiesslich R.) un nivel de significancia de 0.10 (error alfa o tipo I), un beta de 20 (tipo II), y un poder de 80 (1- beta). Lo anterior en base a las tablas del tamaño de la muestra requerido por grupo cuando se usa el estadígrafo z para comparar proporciones de variables dicotómicas (Hulley S. B. y Cummings S. R.). **Resultados:** Hasta el momento se han estudiado a 15 pacientes de los cuales contamos ya con el reporte histopatológico de 12. Siendo 10 del sexo femenino (66%) con edad de 58 ± 26 años (rango de 46-75), y 5 del sexo

masculino (33%), con edad del 58 ± 26 años (rango de 17 a 85). De los diagnósticos de presunción más frecuentes se encuentran (algunos con más de un diagnóstico): 5 por probable CUCI, 4 por probable enfermedad diverticular, 3 por hemorragia de tubo digestivo bajo (HTDB), 2 por probable CA de colon, 2 por pólipos. Entre los diagnósticos endoscópicos más frecuentes se encuentran: 4 con colonoscopia normal, 2 con colopatía inespecífica de ascendente, dos con enfermedad diverticular del colon. De los 15 pacientes hasta el momento se han obtenido el resultado histopatológico de 12 y han sido en 11 colitis crónica y en uno colitis colagenosa. **Discusión y/o conclusiones:** Hasta el momento actual, el reporte histopatológico ha mostrado en prácticamente todos los casos colitis de algún tipo. Esto se desprende de la toma de biopsia dirigida siempre por la tinción con el índigo carmín. Se requieren todavía más casos. Parece aumentar la tinción la capacidad de detectar irregularidades en la mucosa.

EDUCACIÓN EN CIRUGÍA

062 TL-008

EL USO DE MULTIMEDIA COMO MÉTODO DE ENSEÑANZA EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON EXPLORACIÓN DE VÍAS BILIARES

Dutson E, García A, Arenas M, Henri M, Bacal D, Mutter D, Marescaux J IRCAD/EITS, Université Louis Pasteur, Strasbourg, Francia.

Antecedentes: El abordaje laparoscópico en el tratamiento de la coledocolitiasis ha demostrado ser seguro y efectivo. Se ha visto que el uso de multimedia como método de enseñanza puede ser, en varias ocasiones, efectivo y superior a los métodos de enseñanza tradicionales. **Objetivo:** El propósito de este proyecto fue desarrollar una ayuda que pueda ser utilizada para la educación quirúrgica en técnicas laparoscópicas estandarizadas. **Métodos:** Demostramos la secuencia de los pasos necesarios para realizar una coledocoscopia y colecistectomía en un paciente con coledocolitiasis. Los videoclips del procedimiento se combinaron con ilustraciones animadas para explicar paso a paso los detalles del procedimiento, posición de trócares, posición del paciente, equipo técnico requerido, posición del equipo, complicaciones potenciales intraoperatorias, así como los accesos básicos intraperitoneales y la creación del pneumoperitoneo. **Resultados:** El uso de multimedia permite al participante sobreponer los conceptos abstractos de las relaciones anatómicas, técnicas quirúrgicas y posibles daños en forma animada dentro de la segmentación de videos que muestran el procedimiento realizado por un cirujano experto. El método tradicional de sólo observación ha aumentado en forma significativa permitiendo múltiples niveles paralelos a un proceso mental. **Conclusiones:** La educación médica utilizando multimedia tiene una clara aplicabilidad en cirugía, especialmente en los campos de cirugía mínima invasiva. Estos procedimientos se desarrollan y extienden en relación al rápido desarrollo de la tecnología empleada, y también, efectivamente en la educación en estas técnicas donde es importante la seguridad del paciente.

063 TL-061

CIRUGÍA ABDOMINAL EN EL PACIENTE MAYOR DE 80 AÑOS, REPORTE DE 5 AÑOS

Fernández J, Martínez-Ulloa J, Baqueiro A, Gómez JM, Dorantes M Hospital Español de México.

Introducción y objetivos: Tanto el aumento en la expectativa de vida, como la depuración en las técnicas quirúrgicas, han dado como resultado, el aumento en el número de pacientes ancianos que requieren de manejo quirúrgico tanto electivo como de urgencia. Se carece de estudios que analicen el entorno pre, trans y postquirúrgico de los pacientes ancianos sometidos a cirugía digestiva, motivo por el cual se realiza este estudio retrospectivo con un total de 284 pacientes mayores de 80 años en los últimos 5 años, que recibieron manejo quirúrgico, en nuestra institución. **Material y métodos:** Se realizó el análisis retrospectivo en un total de 284 expedientes de pacientes mayores de 80 años con patología quirúrgica digestiva, durante el periodo comprendido entre enero de 1997 y diciembre del 2001. **Re-**

sultados: Se realizaron un total de 285 cirugías digestivas en 246 pacientes de 80 a 89 años (el 86.6%), 36 pacientes de 90 a 99 años (el 12.6%) y 2 pacientes de 100 años (el 0.7%). La morbilidad general fue de 11% (menores 7.5%, mayores 3.5%) con una mortalidad del 2.46% (7 pacientes). El procedimiento más frecuentemente realizado fue la colecistectomía laparoscópica con 105 casos (36.9%) seguida de la laparotomía exploradora en 85 casos (29.9%) y la resección de colon en 39 pacientes (13.7%). Se presentará la comparación entre cirugía convencional y laparoscópica, causas de las complicaciones y de la mortalidad riesgo quirúrgico cardiológico y valoración de la ASA perioperatoria. **Conclusiones:** En general, la cirugía digestiva en el anciano se puede realizar adecuadamente obteniendo beneficios significativos, al parecer el riesgo quirúrgico está determinado más por el estado físico del enfermo y la asociación con comorbilidades que con la edad en sí. Este grupo de pacientes también se ha visto beneficiado con las ventajas de la cirugía de invasión mínima.

064 TL-139

CIRUGÍAS ¿FACTOR CUALITATIVO Y CUANTITATIVO EN UNA RESIDENCIA QUIRÚRGICA?

Cerda CL, Guzmán R, Zertuche H, Torres F, Méndez C, Medrano A, Contreras F, Zarandona J Hospital General de Tampico.

Antecedentes: El número idóneo y el tipo de cirugías que deben realizar los residentes de cirugía general durante su entrenamiento no se han establecido de manera consensada, así como tampoco se han evaluado estos mismos parámetros en los profesores titulares de los cursos de postgrado. **Objetivos:** Reportar el número y tipo de cirugías que realizan los residentes y el profesor titular en un año, en un hospital de segundo nivel, sede de un Curso de Residencia de Cirugía General con aval universitario. **Material y métodos:** Se revisaron los archivos del Servicio de Cirugía General del Hospital General de Tampico, obteniendo los datos de número, tipo y forma de participación en cirugías del 1º de marzo del 2002 al 28 febrero del 2003, de los residentes y del profesor del curso. **Resultados:** El rango del número de cirugías de los residentes osciló entre 250 y 350, siendo lo más frecuente colecistectomías, apendicectomías y plastías de pared. El tipo de cirugías varió de acuerdo al nivel del residente (R1, R2 y R3). El Profesor del curso intervino en más de 100 cirugías. **Conclusiones:** Conocer el número y tipo de cirugías es un factor básico a tomar en cuenta para la formación de los residentes, además de que el profesor y/o jefe del servicio debe involucrarse en el aspecto operativo y no solamente en el administrativo de la enseñanza.

065 TL-171

EL BAJO PRECIO DE LA INFORMACIÓN EXACTA PARA LA EDUCACIÓN DEL CIRUJANO GENERAL

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

Introducción: La economía del conocimiento tiene un apetito insaciable de información, que mejora la precisión y ésta ayudaría a los cirujanos generales a adaptarse con mayor rapidez y eficacia en un mercado cambiante. **Objetivo:** Presentar información donde el cirujano pueda tomar decisiones con tres criterios: volatilidad (fiabilidad de los pronósticos), tendencias de crecimiento (por procedimiento con ubicación espacio-temporal) y complejidad (distribución de los recursos). **Material y métodos:** Las principales cirugías "hospitalarias" realizadas a nivel nacional de 1998 al 2000 fueron clasificadas según género y CIE novena edición. Se expresan en por ciento redondeado. **Resultados:** Fueron realizadas 2,105,181 cirugías; 82% en mujeres y 18% en hombres. Por año se efectuaron 607,887 en 1998; 669,984 en 1999; y 737,310 en el 2000 con una tendencia de incremento del 10% anual. Las 10 primeras cirugías ejecutadas en las mujeres fueron: Cesárea 20%; episiotomía 13%; esterilización 12%; legrado uterino 10%; hernioplastia 3%; apendicectomía 3%; reducción de fractura 3%; colecistectomía 2.5%; laparotomía 2%; histerectomía 2% y las efectuadas en los varo-

nes fueron: reducción fractura 12%; hernioplastia 9%; apendicectomía 9%; laparotomía 5%; limpieza herida 4%; circuncisión 3%; sutura de piel y tsc 3%; colecistectomía 3%; extracción de catarata 2%; rinoplastia 2%. **Conclusión:** La calidad de la información en México es barata para su aplicación en la toma de decisiones del cirujano general. Los cirujanos deben buscar una exactitud moderada, visualizando la magnitud del cambio y el desempeño (utilidades) a fin de que sean una ventaja competitiva ante el reto que les presenta el nuevo siglo.

ESÓFAGO

066 TL-017

ESOFAGECTOMÍAS CON ASCENSO GÁSTRICO EN UN CENTRO MÉDICO NACIONAL

Talleri DAG, González OA, Lua RT, Martínez MA, Medina QV, Sereño TS, Fregoso AJ, Casillas CL
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente.

Antecedentes: La esofagectomía está indicada en patologías benignas y malignas, de manera programada o urgente. Una opción para sustituirlo es mediante ascenso gástrico con anastomosis cervical. **Objetivo del estudio:** Reportar resultados y complicaciones de esofagectomías con ascenso gástrico en los últimos 3 años para patología maligna y benigna, ya sea urgente o programada en un centro médico nacional. **Material y métodos:** Cohorte retrospectiva, transversal, con análisis univariado y multivariado. **Resultados:** Fueron intervenidos un total de 38 pacientes, de los cuales 28 (74%) fueron del sexo masculino y 10 (26%) del femenino, 29 (76%) portadores de patología maligna y 9 (24%) de patología benigna, dentro de los malignos 10 (34%) correspondieron a carcinoma epidermoide del tercio medio esofágico y 21 (66%) a adenocarcinomas de la unión esofago-gástrica, dentro de los benignos, 6 (67%) correspondieron a perforación esofágica y 3 (33%) a estenosis (un paciente con ambos problemas). La edad promedio fue de 50.9 ± 27 años, 47.6 ± 24 para patologías benignas y 57.5 ± 23 para las malignas. Seis pacientes 15.8% fueron intervenidos como urgencia, de los cuales el 100% presentaban patología benigna. La prevalencia de complicaciones postquirúrgicas fue de 20 pacientes, 53%, 3 (8%) en patología benigna de urgencia, 1 (2.6%) en patología benigna programada, y 16 (42%) en patología maligna programada. Las complicaciones encontradas fueron: neumotórax 13 (34%); fistulas altas 11 (26%), neumonías 5 (13%); lesión del nervio laríngeo recurrente 1 (2.6%) y esplenectomía 1 (2.6%). La mortalidad fue de 11 pacientes 28%, correspondiendo a patología benigna de urgencia 4 (66%); patología benigna programada 0% y patología maligna programada 7 (24%) del total. **Discusión y/o conclusión:** Las complicaciones postquirúrgicas de la cirugía de sustitución esofágica son frecuentes, destacando los neumotórax y las fistulas altas en frecuencia de presentación, de igual manera la mortalidad en pacientes mayores de 70 años para patología maligna.

067 TL-022

PERFORACIÓN ESOFÁGICA. ESTUDIO RETROLECTIVO A CINCO AÑOS

Noriega MO, Belmares TJA, Guevara TL
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, SLP, SLP.

Antecedentes: La perforación esofágica es de las lesiones más letales del tubo digestivo, representa un desafío diagnóstico y terapéutico. La morbimortalidad continúa siendo alta. La etiología es variable, en nuestro medio la más común es por lesión penetrante. Más frecuente en esófago cervical. Su diagnóstico y tratamiento demoran más de 48 horas, la mortalidad puede ser hasta el 40%. **Objetivo:** Informe de casos: Diseño: Estudio retrolectivo, transversal y observacional. **Material y métodos:** Se revisan los expedientes de trece pacientes con diagnóstico de perforación esofágica manejados en los últimos cinco años en nuestra institución. Estudiando las siguientes variables: edad, sexo, etiología, momento del diagnóstico y tratamiento, auxiliares diagnósticos, tratamiento empleado y morbimortalidad. **Resultados:** Se observó mayor frecuencia entre la segunda y cuarta décadas de la vida (61.5%). Las principales

causas fueron HPAF (38.5%), iatrogénica (30%). Más frecuente en masculinos (61.5%). El cuadro clínico predominante fue dolor, disfagia, taquicardia y enfisema subcutáneo. El segmento más afectado fue cervical y abdominal en 46% cada uno. El diagnóstico se realizó mediante esofagograma y transoperatorio en 6 pacientes para cada modalidad. Dos casos se manejaron conservadoramente; dos: esofagectomía, cierre primario, drenaje cervical y mediastinal, Urschel con gastrostomía; dos: cierre primario y drenaje cervical y dos más: esofagectomía, drenaje cervical y mediastinal, Urschel con gastrostomía. Tuvimos mortalidad de 0% en pacientes atendidos en las primeras 48 h y del 40% en el otro grupo. La mortalidad general fue del 15%, independientemente del tratamiento empleado. **Conclusiones:** Entre más temprano se haga el diagnóstico de perforación esofágica y se realice el manejo adecuado, la morbimortalidad y la estancia intrahospitalaria disminuirán.

068 TL-027

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN CÁNCER ESOFÁGICO Y ESÓFAGO DE BARRETT

Acevedo NE, González OA, Montoya FH, Vázquez CG, Balderas PLMA, Miranda DAG
HGR 110 del IMSS, CIBO, U de G.

Antecedentes: El riesgo de presentar cáncer de esófago ha sido asociado con la presencia histológica de una displasia previa: esófago de Barrett. Los países con mayor incidencia de cáncer esofágico se localizan en Asia y África. Se ha identificado DNA de VPH en carcinoma del esófago que tiene en común con CaCu el encontrarse en un epitelio de transición. **Objetivo:** Establecer la relación que existe entre VPH con el cáncer esofágico, Barrett y esofagitis. **Material y métodos:** Sesenta y ocho pacientes: 17 cáncer, 28 Barrett, y 23 esofagitis de la Delegación Jalisco del IMSS. Los tejidos incluidos en bloques de parafina se sometieron a inmunohistoquímica y a reacción en cadena de la polimerasa – PCR-. **Resultados:** En los pacientes con esofagitis: edad promedio 54.6 años, 12 masculinos y 11 femeninos. Relación 1:1. Se identificó la presencia de ADN de VPH en 6 (26%) casos. En Barrett: edad promedio 58 años, de los cuales 18 (64%) fueron masculinos y 36% femeninos (2:1). ADN de VPH se observó en 27 pacientes (96%). Cáncer esofágico: edad promedio de 63 años, 15 (88%) masculinos y 2 (12%) femenino (7:1). ADN de VPH se detectaron 15 casos (88%). Se obtuvieron los siguientes tipos: VPH 6 y 11 como más prevalentes además 18, 31, 33, 35, 51 y 58. La inmunohistoquímica fue positiva en 41 muestras (60.3%) y negativas en 26 (39.7%). **Conclusión:** En nuestro estudio la prevalencia de VPH fue 88% para cáncer de esófago y 96% para esófago de Barrett. Estos resultados nos marcan como una zona geográfica de alta incidencia para esófago VPH.

069 TL-147

RELACIÓN ENTRE EL VALOR DE LA PRESIÓN INTRAABDOMINAL Y LAS ALTERACIONES INTRAABDOMINALES EN PACIENTES CON ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO

Hernández TMG, Ramírez CJB, Pelayo SF, Murrieta GH
Hospital General, Jalapa, Veracruz. SSA.

Antecedentes: La vía intravesical es el estándar de oro para valorar el síndrome de compartimento abdominal. El aumento de la presión intraabdominal es útil para identificar en forma precoz una serie de complicaciones intraabdominales que obligan al tratamiento quirúrgico obligado. **Objetivo:** Determinar la relación entre los valores de la presión intraabdominal y los hallazgos transoperatorios en pacientes con abdomen agudo quirúrgico. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo donde se incluyeron pacientes entre 15 y 60 años de edad, con diagnóstico de abdomen agudo a los que se les realizó medición de la presión intraabdominal por vía vesical en el periodo prequirúrgico inmediato (2 horas antes de cirugía). Se analizaron las variables como edad, sexo, presión intraabdominal y hallazgos quirúrgicos. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. **Resultados:** Se estudiaron 109 pacientes, 57 hombres y 52 mujeres. El 73.39% de la población presentó patología no complicada siendo las más frecuentes apendicitis y colecistitis donde la presión intraabdomi-

nal sufrió un incremento leve (2 y 4.5 cm de H₂O). Los mayores incrementos de la presión intraabdominal registrados fueron entre 5 y 7.5 cm de H₂O presentándose en 5.5% de la población y fue en pacientes con patología complicada. La especificidad es de 85%, sensibilidad 80% y con los valores predictivo positivo de 98% valor predictivo negativo de 23%. **Conclusiones:** Existe relación directa entre los valores de presión intraabdominal y los hallazgos transoperatorios de patología abdominal no complicada.

070 TL-148

INFECCIÓN DEL SITIO OPERATORIO Y SU RELACIÓN CON ESTANCIA HOSPITALARIA PROLONGADA EN UN HOSPITAL GENERAL DE 2° NIVEL

Delgado-De la Cruz L, Meza-Ortiz F, Aguirre-Rivero R, Leguizamón-Dimas A
Hospital General, Acapulco, Gro. SSA.

Objetivo: Identificar los factores que influyen en la estancia hospitalaria prolongada de pacientes con infección del sitio operatorio (ISO). Final del formulario. **Material y métodos:** Estudio transversal y descriptivo. Se incluyeron todos los expedientes de pacientes de 15 años o más, que ingresaron al servicio de Cirugía General para ser intervenidos quirúrgicamente de manera electiva en un periodo de un año. La variable respuesta fue la ISO y se buscaron otras 24 variables de exposición, incluyendo factores relacionados con el retraso en los procesos administrativos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa EPI INFO 2002. **Resultados:** En el periodo de estudio se realizaron 283 intervenciones quirúrgicas electivas. En 261 pacientes se presentaron 9 casos de ISO, con una tasa de 3.4%, fueron factores de riesgo la estancia preoperatoria > 4 días (OR 24.7, IC 95% 4.7-127.9, P < 0.001), estancia postoperatoria > 7 días (OR 17.5, IC 95% 4.1-74.4, P < 0.0007), días de estancia hospitalaria > 10 días (OR 28, IC 95% 6.5-127.2, P < 0.0002), cáncer (OR 35.7, IC 95% 4.3-291.3, P < 0.0004) y anemia (OR 4.6, IC 95% 1.1-18.1, P < 0.03). El retraso en los procedimientos administrativos tiene 6.9 veces más riesgo de presentar ISO. **Conclusiones:** Los retrasos en los procesos administrativos durante la atención quirúrgica de los pacientes son un factor de riesgo para presentar ISO.

071 TL-167

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ERGE, COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS; CIRUGÍA TRADICIONAL CONTRA ENDOSCÓPICA

Quaas GRH, Córdoba GH, Soto SBL, Aguilar HV, Jaramillo GMA
Hospital Estatal Lic. Adolfo López Mateos Toluca Edo. de México.

Antecedentes: El ERGE es un padecimiento frecuente cuyas complicaciones implican tratamiento médico-quirúrgico. Dentro de este último, la cirugía endoscópica ofrece una alternativa de tratamiento quirúrgico. **Objetivos:** Determinar en forma comparativa los resultados del tratamiento quirúrgico de ERGE entre la cirugía endoscópica y la tradicional. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de pacientes con ERGE tratados quirúrgicamente, se analizaron los datos de acuerdo a cada grupo estudiado, incluyendo; sexo, edad, cuadro clínico, método diagnóstico, técnica quirúrgica, complicaciones, tiempo de cirugía y días de estancia. **Resultados:** Se realizaron 36 funduplicaturas tipo Nissen (22 endoscópicas y 14 abiertas). La edad varió entre 22 y 84 años. Los síntomas principales fueron pirosis, regurgitación y disfagia. Se les realizó endoscopia a todos los pacientes, y manometría en sólo tres. Las complicaciones transoperatorias en la cirugía endoscópica y tradicional en forma respectiva fueron; hemorragia 0-2 neumotórax 0-1. Las complicaciones mediatas fueron disfagia transitoria 5-5, distensión abdominal 6-1, incapacidad para eructar 3-1. Las complicaciones tardías; disfagia 0-2. Existió una conversión de cirugía endoscópica. El tiempo de cirugía con técnica abierta en promedio fue 139 minutos, y de la endoscópica: 147 minutos. **Conclusiones:** Los resultados del tratamiento quirúrgico endoscópico ofrece una alternativa terapéutica con buenos resultados, con las ventajas que ésta ofrece en estancia intrahospitalaria y días de incapacidad.

072 TL-175

ESOFAGOPEXIA POSTERIOR CON HEMIFUNDPLICATURA ANTERIOR POR LAPAROSCOPIA, UNA NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Olgún JH, Peña IE, Pardiñaz MR

En posición europea el paciente, se realiza neumoperitoneo cerrado con aguja de Veres, colocando 4 puertos (2 de 10 mm y 2 de 5 mm) en abdomen superior, colocando separador de hígado, iniciamos la disección el ligamento gastrohepático, respetando la rama hepática del vago, continuando con la membrana freno esofágica, identificando el pilar derecho, y pilar izquierdo, se disecciona el esófago posterior por debajo del vago, de derecha a izquierda, terminando la disección metuculosa del hiato, liberando al esófago completamente y conservando el ligamento gastrofrénico. Se cierran los pilares con prolene 0 (2-3 puntos), fijando el esófago al pilar derecho con dos puntos con prolene 0 donde se alinea a éste (esofagopexia). Se procede acentuar el ángulo de his con un punto que va de fundus gástrico a ligamento medio (del hiato), a esófago cara anterolateral izquierda (respetando el vago anterior) y nuevamente al fundus. Se completa hemifunduplicación anterior (220 grados) con dos a tres puntos de fundus a borde externo del pilar derecho (zona aponeurótica entre éste y la cava) formando un manguito de 4 cm. Se termina procedimiento.

073 TL-176

ESOFAGOPEXIA POSTERIOR Y HEMIFUNDPLICATURA ANTERIOR: RESULTADOS PRELIMINARES

Olgún JH, Peña IE, Pardiñaz MR

En este estudio prospectivo se trataron 51 pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico patológico. Tomando como criterios de selección: Sexo, edad, cuadro clínico, endoscopia, manometría, phmetría y tratamiento médico fallido, los cuales son sometidos a esofagopexia posterior y hemifunduplicación anterior por laparoscopia. Son 51 pacientes con edades de 32 a 76 años, 70% femeninos, el diagnóstico preoperatorio de incompetencia de EEI o hernia hiatal, con esofagitis G III documentados con biopsia, con Visick III-IV, manometría de EEI menor de 7 mmHg, phmetría con índice de Johnson-Demeester superior a 25. Seguimiento a 7 años. **Resultados:** De buenos a excelentes 93% por: a) Visick I-II, b) endoscopia sin evidencia de esofagitis y/o reflujo, c) manometría entre 16-20 mm de Hg, phmetría con índice de Johnson-Demeester inferior a 14. Complicaciones 1. Hemorragia (1 paciente), 2. Desgarro de pilares y reoperado (1 paciente), 3. Laceración gástrica superficial (2 pacientes). Morbilidad; meteorismo y distensión abdominal temporales (2-4 semanas). Ventajas del procedimiento; fácilmente reproducible, sin disfagia postoperatoria, no necesita calibración esofágica, muy útil en motilidad esofágica deficiente, en esófago acortado y en reoperaciones. **Conclusiones:** Es una buena alternativa como técnica antirreflujo y los resultados son equiparables a otras técnicas (Nissen, Toupet, Guarnier).

ESTÓMAGO

074 TL-006

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL ULTRASONIDO PARA DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN UN HOSPITAL DEL VALLE DE MÉXICO

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

Antecedentes: Puvlaert introdujo el ultrasonido con la técnica de compresión graduada para diagnóstico de apendicitis aguda en 1986. Esta técnica utilizando el transductor lineal facilita la visualización del apéndice de forma confiable. Desde la serie original de Puvlaert con 60 pacientes donde mostró una sensibilidad del 89%, especificidad 100%

y precisión diagnóstica 95%, hay reportes de varios trabajos que confirman la utilidad de este método diagnóstico para apendicitis aguda. **Objetivo del estudio:** Conocer la sensibilidad y especificidad del ultrasonido para diagnóstico de apendicitis. En diferentes fases. **Material y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional del 010300 a 010303, comparando los resultados USG y los transoperatorios de los pacientes con apendicitis aguda para obtener la sensibilidad y especificidad del ultrasonido en diagnóstico de apendicitis aguda. **Resultados:** Se estudiaron 338 pacientes y 243 cumplieron con los criterios de inclusión, la sensibilidad obtenida del 71.8%, la especificidad 50%, el valor predictivo positivo 50% y valor predictivo negativo 59%. **Conclusiones:** En nuestro medio hospitalario la sensibilidad y especificidad del ultrasonido es aún baja lo que implica la necesidad de apoyarnos en otros métodos diagnósticos como clínica y RX, en apendicitis exudativa logramos un 55% como el valor más alto.

075 TL-011

CÁNCER GÁSTRICO HEREDITARIO: CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS Y VARIABLES ASOCIADAS A PRONÓSTICO EN PACIENTES JÓVENES

Ramos-De la Medina A, Medina-Franco H, Salgado N
Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

Objetivos: Recientemente se han descrito mutaciones germinales en el gene CDH1 en familias con predisposición cáncer gástrico difuso. El objetivo es identificar las características clinicopatológicas del cáncer gástrico (CG) en pacientes jóvenes, con énfasis en cáncer gástrico hereditario (CGH). **Métodos:** Revisión retrospectiva del CG en los últimos 15 años en aquellos pacientes con edad igual o menor de 40 años al diagnóstico. Análisis de variables demográficas, antecedentes familiares (AF), características clinicopatológicas y tratamiento. Variables categóricas analizadas mediante prueba de chi-cuadrada y continuas con t-Student. Curvas de sobrevida con el método de Kaplan-Meier. Factores con impacto en sobrevida por método de log-rank. Análisis multivariado mediante regresión de Cox. Significancia estadística $p < 0.05$. **Resultados:** Se identificaron 558 pacientes con CG, 83 (14.8%) tenían 40 años o menos. Edad media de 33.2 años (15-40), 54.2% fueron hombres y 17% reportó AF para CG. Cinco pacientes cumplieron criterios de CGH. Promedio de duración de síntomas, 7.2 + 4.1 meses. El 88% de los pacientes fue llevado a cirugía, 35% con intento curativo. Mortalidad operatoria 2.4%, morbilidad 22%. El 43% recibió quimioterapia. Estadios I/II 9.6%, 26.5% III y 63.9% IV. Media de seguimiento 14 meses. Mediana de sobrevida, 10 meses (95% IC 5.92-14.08), sobrevida actuarial a 1, 3 y 5 años, 43.3, 16.4 y 10% respectivamente. Análisis univariado, hipoalbuminemia, Karnofsky < 90 , tipo difuso y linfítis plástica tuvieron un impacto negativo en sobrevida; estadio temprano, resección quirúrgica y quimioterapia adyuvante asociados significativamente a sobrevidas prolongadas. Sin impacto en sobrevida, sexo, AF o CGH. Análisis multivariado, el estadio del tumor, la localización del tumor y la quimioterapia fueron variables independientes predictoras de sobrevida. **Conclusiones:** La proporción de cáncer gástrico en jóvenes en nuestro medio es una de las más altas reportadas en la literatura. La mayoría de los pacientes se presentan en estadios avanzados, la sobrevida es pobre. Los AF y el CGH no impactan en la sobrevida. La resección quirúrgica es la única terapia que ofrece sobrevida prolongada.

076 TL-029

REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE CIERRE DE LAS FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS POSTQUIRÚRGICAS CON EL USO DE SELLO DE FIBRINA

Ávalos GJ, González OA, Orozco MA, Fuentes OC, Muciño HMI, López OA, Estrada AC, López GR, Merino RD, Balderas PA, Segura CJL, Anaya PR, Saldaña CJA, Acevedo NE
Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Departamento de Cirugía General. Hospital de Especialidades. CMNO-Jalisco y Hospital General de Zona No. 1 IMSS, Morelia, Mich. Financiamiento: Conacyt-SiMorelos 2000-0302003.

Objetivo: Informar los resultados finales de la aplicación del sello de fibrina para acelerar el cierre de fístulas enterocutáneas (FE). **Material y métodos:** Ensayo clínico abierto con grupo de comparación de pacientes con FE por sitio anatómico, adultos, gasto < 500 ml/día, sin complicaciones y trayecto = 2 cm. Se aplicó el sello en cantidades diversas. En FE proximales y distales se controló bajo visión endoscópica. Variables de respuesta: Tiempo del cierre (gasto cero), tiempo para reinstalar vía oral y complicaciones secundarias al apoyo nutricional. Análisis estadístico: Pruebas χ^2 , exacta de Fisher, t de Student y U de Mann-Whitney. **Resultados:** Grupo de estudio 23 pacientes y grupo de comparación 47 sujetos. No hubo diferencia en edad, gasto y tiempo de evolución entre grupos. Tiempo de cierre en fístulas esofágicas, gástrica, yeyuno-ileales y sigmoideas de 12.5 *versus* 32.5 días ($p < 0.05$) y el tiempo para reinstalar vía oral de 15 días *versus* 38 días ($p < 0.05$). El cierre final se logró en 94.5% de los casos y 96.7% del grupo de contraste, hubo una mortalidad en cada grupo pero la morbilidad derivada del uso del apoyo nutricional fue de 5.5% *versus* 46.6% en el grupo de contraste ($p < 0.05$). **Conclusiones:** El tiempo de cierre de las FE se acelera significativamente con el uso del sello, también se reduce el tiempo de reinicio de la vía oral. Las complicaciones por apoyo nutricional disminuyeron al acortar el tiempo necesario para alimentación. Los resultados sugieren aplicar el sello en FE estables.

077 TL-070

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ES MÁS EFECTIVO EN ACALASIA

De los Santos CM, Cerón RM, Moreno GS
Servicio de Cirugía General. CMN 20 Noviembre, ISSSTE. México, DF.

El objetivo de este estudio es demostrar que el manejo quirúrgico es más efectivo que el endoscópico para el tratamiento de la acalasia a corto y largo plazo. Se revisaron en forma retrospectiva 24 pacientes tratados por acalasia de enero de 1996 a mayo del 2002 manejados con: dilataciones esofágicas, cardiomiectomía de Héller por laparoscopia más procedimiento antirreflujo, o ambas modalidades. Se evalúan los resultados mediante escala de Visick, manometría, endoscopia, y estudios contrastados. Las variables estudiadas fueron: número de dilataciones, sesiones, y frecuencia comparada con cirugía. De 24 pacientes: 12 correspondieron al sexo femenino y los 12 restantes al masculino. La sintomatología predominante fue: disfagia severa, regurgitación moderada dolor leve, halitosis, pérdida de peso hasta de 25 kg. El reporte endoscópico demostró: Esófago dilatado y esofagitis en diversos grados; la SEG con diferentes grados de dilatación y la manometría: Relajación incompleta del EEI con disminución de la presión peristáltica. Se manejó de primera intención: Tratamiento endoscópico en 13 pacientes, manejo quirúrgico en 8, dilataciones fallidas más cirugía en 3. Las dilataciones requirieron de múltiples sesiones hasta 50, con mínima remisión de la sintomatología por periodos tan cortos como 1-2 meses, obteniendo buenos resultados en 7 en forma transitoria, satisfactorios en 4 y falla en 2. De 11 pacientes manejados con cirugía se obtuvieron buenos resultados en 9, satisfactorios en 1, y fallidos en 1. **En conclusión:** La cirugía demostró mejores resultados comparada con dilataciones endoscópicas, a corto y a largo plazo, demostrando que las dilataciones pueden ser efectivas, pero sólo en forma transitoria. La cirugía resolvió los fracasos endoscópicos por lo cual proponemos el tratamiento quirúrgico como primera opción. Las dilataciones pueden tener mayor morbilidad a largo plazo y nunca son curativas.

078 TL-071

FUNDUPLICATURA EN "V": DEMOSTRACIÓN DE LA TÉCNICA ANATÓMICA Y FUNCIONAL

Cerón RM, De los Santos CM, Moreno GS
Servicio de Cirugía General. CMN 20 Noviembre, ISSSTE, México, DF.

Desde 1997 se desarrolló y presentó por primera vez en nuestro medio la experiencia de la funduplicatura en "V" como una alternativa al tratamiento quirúrgico de ERGE, intentando resolver la controversia entre las técnicas de plastia hiatal completas y par-

ciales, con el objetivo de resolver la disfagia del postoperatorio y en trastornos motores como acalasia. La experiencia inicial en nuestro servicio fue con abordaje abierto. El resultado y la evaluación postoperatoria se realizaron mediante manometría en todos los casos. Esta experiencia nos permitió aplicar dicho concepto en el abordaje laparoscópico, facilitando la técnica con sólo 3 puntos. A cinco años de experiencia personal e institucional consideramos importante describir nuevamente los puntos sustanciales de la técnica:

- Incisión del ligamento freno esofágico con reducción del estómago deslizado.
- Disección del esófago torácico y restitución al abdomen mínimo 3 cm.
- Disección posterior del esófago.
- Cierre pilares.
- Primer punto estómago-esófago-estómago en la unión esófago-gástrica.
- Tracción del punto en sentido antero inferior permitiendo invaginar el esófago sobre el estómago logrando una funduplicatura posterior dando dos puntos de fijación estómago-esófago a 270 grados.
- Por último se fija la funduplicatura al pilar derecho y al diafragma.

Los objetivos principales de la técnica son: lograr un mango de 360 grados al nivel de la unión esófago-gástrica y de 270 grados en la porción superior, traduciéndose en un vaciamiento de mayor a menor diámetro con incremento de la presión en el punto de 360 grados. Los puntos de fijación de la plastía permiten una onda propulsiva efectiva. Se concluye que la técnica facilita el procedimiento, conjunta el beneficio de las técnicas parciales y totales, guarda los principios de la reconstrucción anatómica y funcional, representa beneficios evidentes con resultados clínicos, disminuyendo la disfagia postoperatoria, demostrado por manometría.

079 TL-141

UTILIDAD DE LA LAPAROSCOPIA PARA DETERMINAR RESECABILIDAD EN CÁNCER GÁSTRICO (CG) Y EVITAR LAPAROTOMÍAS INNECESARIAS (LI)

Prado E, Justo JJM, Theurel G
Servicio de Cirugía. Hospital General Dr. Eduardo Vázquez Navarro. Puebla, Pue.

Antecedentes: En CG los estudios preoperatorios para determinar resecabilidad tienen baja sensibilidad y especificidad. Esto conlleva a algunas laparotomías donde no se realiza ninguna acción terapéutica o paliativa. Estas LI además de su morbilidad propia acarrean una disminución en la sobrevida. **Objetivo del estudio:** Reportar nuestra experiencia con laparoscopia para determinar resecabilidad en CG evitando LI. **Material y métodos:** Pacientes con CG comprobado (endoscopia/biopsia), exploración física sin sugerir irresecabilidad (ganglios cervicales, masa abdominal) y estudios de extensión preoperatorios negativos (pFH's, telerradiografía de tórax, US y TAC de abdomen). Se realizó laparoscopia con evaluación de cavidad abdominal y toma de biopsias (ganglios, metástasis, implantes peritoneales y ascitis para citológico). Si la laparoscopia era negativa seguía laparotomía (mismo evento anestésico). Si era positiva se terminaba y era egresado el mismo día. **Resultados:** Diez pacientes (jun-01 jun-03). Siete hombres, 3 mujeres. Edad 28-72 (56x). Siete distales y 3 proximales. Laparoscopia pre-laparotomía con un puerto umbilical (10 mm) y uno subxifoideo/subcostal (5 mm). Siete con laparoscopia positiva (4 implantes peritoneales, ganglios y ascitis, 2 implantes y ascitis, 1 implantes y metástasis superficiales del hígado). Fueron 5 hombres y dos mujeres. Edad 28-68 (50x). Seis de distal y uno proximal. Los 7 egresaron el mismo día para valorar quimioterapia en consulta de oncología. Seis sin complicaciones. Uno con fuga de ascitis por herida umbilical (controlada con pegamento). **Conclusiones:** La laparoscopia en pacientes con CG sin evidencia de extensión extragástrica de la enfermedad es útil para evitar LI, disminuyendo morbimortalidad y costos.

080 TL-157

CAUSAS MÁS FRECUENTES Y MORBIMORTALIDAD DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON URGENCIA QUIRÚRGICA ABDOMINAL, ATENDIDO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 27, "DR. ALFREDO BADALLO GARCÍA", DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

García del Valle OPA, Torres EH
Hospital General de Zona Número 27 Dr. Alfredo Badallo García, Delegación 2 Noroeste. Instituto Mexicano del Seguro Social. Distrito Federal.

Introducción: La urgencia quirúrgica abdominal en el anciano, es un cuadro de gran repercusión y gravedad. El estado físico y mental, dificulta el diagnóstico, complica el cuadro y retarda la decisión quirúrgica. **Objetivos:** Determinar causas más frecuentes y morbimortalidad de la urgencia quirúrgica abdominal en el adulto mayor. **Material y métodos:** Estudio observacional y descriptivo. El HGZ No. 27 corresponde al segundo nivel de atención, con una población adscrita 411,581 pacientes. Un 21.62% mayor de 60 años. De marzo de 1999 al febrero del 2002. Se estudiaron 500 pacientes mayores de 60 años, con urgencia quirúrgica abdominal, identificando los diagnósticos de ingreso, prequirúrgicos, quirúrgicos, edad, sexo y morbimortalidad. Se presenta un reporte preliminar. **Resultados:** De 500 pacientes la edad promedio fue 73.21 años. Sexo femenino 64% y masculino 36%. Con diagnósticos de ingreso quirúrgico 305, predominando la patología de vía biliar 115; y 158 sin diagnóstico quirúrgico. En los diagnósticos postquirúrgicos. También predominó la patología de la vía biliar con 190; hernias, 95; apendicitis 63; bloqueo intestinal, 32; perforación de víscera hueca, 32; cáncer, 26; problemas vasculares abdominales, 21; laparotomías blancas, 17; complicaciones postquirúrgicas, 14; otros, 10. Estancia intrahospitalaria promedio 44 horas. Hubo 72 defunciones; principalmente por perforación de víscera hueca en 17 casos. **Conclusiones:** Entre otras conclusiones, la edad promedio estuvo en la octava década, predominando el sexo femenino y patología de la vía biliar. La estancia preoperatoria en promedio fue larga, lo que puede aumentar mortalidad (14.4%) y disminuir laparotomías blancas (3.4%).

081 TL-158

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO (1989-2003); Y SU RELACIÓN CON *HELICOBACTER PYLORI*

Cárdenas GO, Ramírez VJ, Montalvo JE
Servicio de Cirugía General, Hospital General de México.

Introducción: La distribución epidemiológica mundial del cáncer gástrico (CG) se ubica después del cáncer pulmonar en población adulta mayor de 60 años. Los países con mayor incidencia de esta patología son los países orientales como Japón, China y la antigua Unión Soviética, y en Latinoamérica países como Chile, Costa Rica y México. Desde 1994 se ha relacionado al *Helicobacter pylori* (Hp) como factor predisponente a CG, según la OMS. **Justificación:** Conocer la incidencia y epidemiología del CG y su relación con Hp en los últimos 15 años en el Hospital General de México. **Tipo de estudio:** Transversal, retrospectivo y observacional. **Material y método:** Se revisaron todos los expedientes en los últimos 15 años con diagnóstico de CG y que contaran en el servicio de patología con biopsia y reporte histopatológico completo. **Resultados:** Se encontraron 570 casos de CG, se encontró una relación de 1.02 a favor del sexo femenino (mujeres: 288 casos, 51% vs hombres: 282 casos, 49%) con una frecuencia mayor en la séptima década de la vida en ambos (102 casos, representando un 18% del total). Siendo la neoplasia de estirpe histológico más frecuente, el adenocarcinoma con 501 casos (88%), y en su variedad de tipo difuso 239 casos (42%). En cuanto a la localización anatómica, se encontró con mayor frecuencia en la porción distal (antro piloro) con 342 casos, representando el 60% de los especímenes estudiados. Los factores de riesgo asociados, encontramos la presencia de *H. pylori* en las biopsias gástricas en 342 casos positivos y reconfirmados histopatológicamente, otros factores asociados fueron el tabaquismo y alcoholis-

mo, en un 35 y 28% respectivamente. Se analizó la distribución geográfica por estados, encontrándose en el Distrito Federal la mayor incidencia (228 casos, 40%). **Conclusiones:** Se evidenció que el CG sigue siendo una patología frecuente en nuestro medio afectando principalmente al grupo de edad mayores de 50 años, alcanzando la mayor frecuencia en la séptima década de la vida y se asocia en 60% de los casos a Hp.

082 TL-196

EXPERIENCIA EN LA EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN EL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA", IMSS Hernández-Ángeles AS, Hernández HLA, Gutiérrez MJE, Pérez PJJ, Guerrero HMM, Paredes CE, Maroun MC
UNAM Endoscopia Gastrointestinal Terapéutica, Servicio de Gastro-Endoscopia Hospital de Especialidades CMNR IMSS, Servicio de Gastro-Endoscopia Hospital de Especialidades CMNR IMSS.

Antecedentes y planteamiento del problema: La extracción de cuerpos extraños (CE) en el tracto digestivo debe ser por vía endoscópica, y algunos pacientes requieren tratamiento quirúrgico urgente. ¿Cuál es la experiencia en la extracción de cuerpos extraños del tracto digestivo superior en un hospital de tercer nivel? **Objetivo del estudio:** Revisar la experiencia endoscópica en 2 años del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" en la extracción de CE en el tracto digestivo superior y valorar complicaciones y manejo quirúrgico. **Pacientes y métodos:** Se revisaron los reportes de endoscopias realizadas del 01 de julio de 2001 al 30 junio del 2003 en dicho hospital y se seleccionaron las que fueron realizadas por sospecha de CE. Se registraron en hojas de captura por edad, sexo, diagnóstico de envío, diagnóstico endoscópico final, cuerpo extraño encontrado, si se extrajo o no, complicaciones y quiénes requirieron manejo quirúrgico. **Resultados:** En este periodo se revisaron 8,955 reportes endoscópicos de los cuales, 7,467 fueron esofagogastroduodenoscopias y sólo 258 por sospecha de cuerpos extraños (3.5%), 134 fueron mujeres (52%) y 123 hombres (48%). En 64 (24.8%) hubo evidencia de cuerpo extraño al momento del estudio y en el resto (194 pacientes) no se encontró. De los pacientes con presencia de cuerpos extraños, sólo a 56 pacientes (87.5%) se extrajo y en 8 (12.5%) de los cuales ameritaron tratamiento quirúrgico urgente. De los 194 pacientes con ausencia de cuerpo extraño, 63 (32.5%) tuvieron hallazgos relacionados a enfermedad por reflujo gastroesofágico, en 19 (9.8%) se observó lesión de mucosa relacionada al paso del cuerpo extraño y en 56.2% (109 pacientes) no se encontró lesión. El sitio más frecuente de localización fue en cricofaríngeo (42.2%), seguido de tercio superior de esófago (23%), tercio inferior (12.5%), tercio medio, orofaringe y estómago en orden decreciente. Los cuerpos extraños encontrados por frecuencia fueron: Hueso de pescado (18 pacientes), hueso de pollo (17 pacientes), prótesis dentales (6), otros (23). Las complicaciones fueron desgarro de mucosa en 7 pacientes, uno con perforación esofágica debido a impactación de prótesis dental e hipoxemia en otro. **Discusión y/o conclusiones:** En el 75.2% de los pacientes enviados a nuestro hospital por cuerpo extraño realmente no lo tiene; sólo se encuentra en el 24.8%. No hay predominio de sexo. Los CE más frecuentes son: Hueso de pescado y hueso de pollo. La mayoría se extraen sin complicaciones por vía endoscópica y el 12.5% requiere resolución quirúrgica inmediata.

083 TL-197

ENDOSCOPIA DEL ESTÓMAGO OPERADO EN EL 2003. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA" IMSS MÉXICO DF Hernández HL, Baltazar MP, Guerrero HMM, Paredes CE, Maroun MC, Hernández AAS, Gutiérrez MJ, Méndez DMR, Ramírez MP
UNAM Endoscopia Gastrointestinal Terapéutica, Servicio de Gastro-Endoscopia Hospital de Especialidades CMNR IMSS, Servicio de Gastro-Endoscopia Hospital de Especialidades CMNR IMSS.

Antecedentes y planteamiento del problema: La endoscopia se ha convertido en un método diagnóstico ideal en pacientes postoperados

debido a su baja morbi-mortalidad, poca invasividad y alta capacidad para evidenciar sin modificar los cambios realizados quirúrgicamente en el aparato digestivo alto. ¿Cuál es la experiencia en la evaluación endoscópica de los pacientes postoperados del tubo digestivo superior, en un hospital de concentración de tercer nivel? **Objetivo del estudio:** Analizar las principales indicaciones de endoscopia del paciente postoperado del tubo digestivo superior, y hallazgos diagnósticos con reportes histopatológicos, en caso de biopsia existente, generados de la evaluación endoscópica. **Pacientes y métodos:** Se revisa la experiencia del 2003 de los pacientes a quienes se les realizó esofagogastroduodenoscopia (EGD) analizando los criterios de presunción en la referencia, hallazgos, diagnósticos, tipos de cirugía realizada y cuando ameritaron de biopsia el reporte histopatológico. **Resultados:** De enero a junio del 2003 se llevaron a cabo 2,394 endoscopias, de las cuales fueron 1,732 panendoscopias, y de éstas fueron 75 estudios en 64 pacientes postoperados del tubo digestivo alto. Once de estos estudios fueron repetidos en 8 pacientes por dilatación, seguimiento o estudio incompleto. El diagnóstico de envío fue en 28 para control postoperatorio, 13 por enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), 10 por sospecha de estenosis de anastomosis, 3 por HTDA en el postoperatorio, 3 por sospecha de estenosis en el postoperatorio de plicatura, 2 por disfagia en el postoperatorio, 2 por funduplicatura apretada y uno por edema de la anastomosis. Los diagnósticos endoscópicos fueron (alguno con más de uno): Con esofagitis 17, gastropatía no erosiva del antro en 16, 11 con funduplicatura disfuncional (relajada) en 11, 9 con gastropatía erosiva de antro y cuerpo, 9 con esófago de Barrett, 8 con funduplicatura funcional, 3 con duodenitis no erosiva, 3 con hernia hiatal por deslizamiento tipo I, 3 con úlcera duodenal, 3 con úlcera gástrica. **Operación realizada:** Las endoscopias se realizaron en pacientes postoperados de funduplicatura en 36 casos, 7 por gastroyeyuno, 5 por transposición de colon, 3 por gastrectomía subtotal, dos por Sugiura, 2 por esófago yeyuno en Y de Roux, y uno por antrectomía en Y de Roux, cisto-gastro anastomosis, gastrectomía parcial, gastroduodeno. En 21 pacientes (33%) se cuenta ya con el resultado de las biopsias tomadas (23). Reportando los siguientes diagnósticos: Barrett en 6, esofagitis crónica leve en 4, gastritis crónica activa en 9 y sin alteraciones en 2. **Discusión y/o conclusiones:** La principal causa de envío para control por endoscopia es en el postoperatorio mediato. El diagnóstico endoscópico más frecuente: fue la esofagitis y la gastropatía no erosiva del antro, así como la funduplicatura disfuncional o la gastropatía erosiva de antro y cuerpo. Predominó como cirugía realizada la funduplicatura. El reporte histopatológico más frecuente fue la metaplasia y la gastritis crónica activa.

084 TL-198

HEMORRAGIA DEL TUBO DIGESTIVO SUPERIOR, EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO ENDOSCÓPICO EN UN HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN

Gutiérrez MJ, Hernández HL, Hernández AAS, Pérez PJJ, Guerrero HMM, Maroun MC, Méndez DMR
UNAM Endoscopia Gastrointestinal Terapéutica, Servicio de Gastro-Endoscopia, Hospital de Especialidades CMNR IMSS, Servicio de Gastro-Endoscopia, Hospital de Especialidades CMNR IMSS.

Antecedentes y planteamiento del problema: La hemorragia gastrointestinal es un problema común que ocasiona más de 300,000 hospitalizaciones anuales en Estados Unidos, su frecuencia es mayor en hombres que mujeres con un rango de incidencia del 40% en mayores de 60 años, un 80%, requerirá tratamiento sostenido. Mediante evaluación endoscópica las 5 causas de hemorragia a nivel mundial son: úlcera duodenal (24.3%), erosiones gástricas (23.4%), úlceras gástricas (21.3%), várices gástricas (10.3%) y Mallory-Weiss (7.2%). **Objetivo del estudio:** Determinar las principales causas de hemorragia gastrointestinal según grupos etáreos, sexo, diagnóstico endoscópico y tratamiento endoscópico terapéutico en el servicio de endoscopia en el Centro Médico Nacional "La Raza". **Pacientes y métodos:** Se revisaron los reportes endoscópicos del 01 julio 2001 al 30 junio de 2003, incluyendo en la evaluación, a pacientes con cuadro de hemorragia gastrointestinal activa (HTDA-A), a los cuales se realizó su estudio endoscópico en las primeras 24 horas y pacientes con cuadro de hemo-

rragia gastrointestinal inactiva (HTDA-I) a quienes se realiza estudio en forma electiva. Se excluyó a pacientes con endoscopias de control post-escleroterapia. Agrupándose en tres grupos de edades: menores de 40, 41 a 60 y mayores de 60. Estableciendo frecuencia según sexo, edad, diagnóstico endoscópico, tratamiento y complicaciones. **Resultados:** Se realizó en dicho periodo 8,955 procedimientos endoscópicos, de los cuales 7,467 correspondieron a esofagogastroduodenoscopias, de éstas, en 1,421 (19.03%) su indicación fue hemorragia gastrointestinal alta, de las cuales 814 son HTDA-A, 572 HTDA-I, y 35 revisiones. En la HTDA-A su mayor incidencia corresponde a mayores de 60 años (53.81%), del sexo masculino (51.14%), con cuadro de erosiones gástricas (25.11%), úlcera duodenal (17.40%) y úlcera gástrica (13.31%) y requirieron manejo endoscópico de 31.96% a 45%. La mayoría utilizó escleroterapia con técnica Söhendra (55.6%), con falla de la escleroterapia en un 14.81% de pacientes entre 41 a 60 años. En la HTDA-I (57.23%) fueron mayores de 60 años, del sexo femenino (58.36%), con cuadro de erosiones gástricas (38.23%), úlcera duodenal (14.33%) y úlcera gástrica (13.31%) no ameritaron tratamiento endoscópico en el 98% de los casos y falla de escleroterapia en un caso por várices fúndicas. El manejo quirúrgico urgente se realizó en 5 pacientes por perforación en un caso y falla del tratamiento endoscópico en el resto. **Discusión y/o conclusiones:** La HTDA-A y la HTDA-I son más frecuentes en mayores de 60 años por cuadros de erosiones gástricas, úlcera gástrica, úlcera duodenal y várices esofágicas. Las técnicas de control de hemorragia inicialmente son endoscópicas y su falla o la no disposición del mismo requieren tratamiento quirúrgico urgente.

HERNIAS

085 TL-005

REPARACIÓN PREPERITONEAL CON MALLA Y LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN LA HERNIA INGUINAL ESTRANGULADA

Góngora GEM

Hospital General Centro Médico "La Raza".

a) Antecedentes. Ocho de cada 100 individuos adultos desarrolla alguna hernia inguinal. La plastía inguinal ha tenido grandes avances en las últimas décadas, siendo los procedimientos sin tensión los que menos complicaciones reportan en múltiples estudios. Desde Lichtenstein al Mesh-Plug y PHS las complicaciones han disminuido, abatiéndose las recurrencias al 0.5% a 3-10 años; disminuyó la incidencia de infecciones y dolor postoperatorio con mínimos rechazos protésicos a pesar de su creciente uso. El polipropileno es el material sintético más favorecido. La hernia inguinal estrangulada (HIE) es una complicación dramática que conlleva deterioro vascular del órgano intraabdominal atrapado en el saco herniario con graves consecuencias sistémicas y cuyo tratamiento quirúrgico debe resolver, en un solo tiempo, tanto los daños intraabdominales como el defecto herniario. En nuestro medio existe cierta controversia para decidir el procedimiento electivo para tratar la HIE. b) **Objetivo:** Dilucidar el procedimiento con menor morbimortalidad para tratar la HIE. c) **Material y métodos:** Mediante estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y comparativo de enero 2001 a abril 2003 (40 meses) se captaron los casos de HIE (28 casos de 57 plastías inguinales de urgencia) en el Hospital General CM "La Raza". Se formaron 2 grupos: A) Incluyó 15 casos operados con diversas técnicas y abordajes. B) Trece casos, todos operados mediante reparación preperitoneal con malla y laparotomía exploradora (RPMyle). Ambos grupos con seguimiento mayor a 12 meses. d) **Resultados:** Grupo A: Defunción 1, recurrencias 4, infección 4, granuloma 2. Grupo B: Defunción y recurrencia 0, infección y granuloma 1, seroma 2. e) **Conclusiones:** La RPMyle ofrece mejores resultados y menores complicaciones que otras técnicas, reduciendo la morbimortalidad en el manejo de la HIE.

086 TL-023

ESTUDIO COMPARATIVO DE HERNIOPLASTÍA INGUINAL LIBRE DE TENSIÓN VÍA LAPAROSCÓPICA CON TÉCNICAS ABIERTAS SIN TENSIÓN

Fariás M, Fdz del Valle R, Keller P, Ramírez E, Portes M Hospital Mocel.

Objetivo: Conocer la efectividad de la técnica de hernioplastia inguinal, tanto por vía laparoscópica como por técnicas abiertas para evitar la recidiva de la hernia. Sede: Hospital Mocel. Diseño: Estudio clínico, prospectivo, transversal, comparativo. **Material y métodos:** Se estudiaron 150 pacientes, adultos, con hernia inguinal evaluados con la clasificación de Nyhus, y fueron operados tanto por vía laparoscópica, como por abordaje abierto durante los periodos de mayo de 1998 a mayo del 2003, analizando las siguientes variantes: sexo, edad, tipo de hernia más frecuente, tipo de técnica quirúrgica más frecuente, tiempo quirúrgico, días de estancia hospitalaria, retorno a su trabajo, morbilidad y recidivas. **Resultados:** En aquellos pacientes jóvenes el retorno al trabajo, así como la morbilidad y las recidivas fueron menores. La técnica por vía laparoscópica se acompaña de mayor recidivas que las técnicas abiertas. El tiempo quirúrgico no presentó variantes significativas entre una técnica u otra.

087 TL-069

REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL CON TÉCNICA ABIERTA, UTILIZANDO MALLA DE POLITETRAFLUOROETILENO EXPANDIDO (PTFEE)

Ortega LLH, Vargas DA, López LJM, Ramírez TD, Reyes HL, Toledo R Hospital General de México.

La utilización de material protésico en la reparación de hernia inguinal es la mejor opción de tratamiento hoy en día, sin embargo la aparición de materiales diversos hace necesario determinar en base a resultados y costos cuál o cuáles son de primera elección. En el transcurso de un año (marzo 2002 a marzo 2003), se efectuaron 61 plastías inguinales a 59 pacientes, 54 del género masculino (91.5%) y 5 del femenino (8.5%), promedio de edad 43 años (17-81 años) mediana 41, moda 55; se empleó malla prediseñada de politetrafluoroetileno (PTFEE); estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo. **Criterio de inclusión:** Pacientes que acepten el procedimiento con malla y puedan adquirirla. Se efectuó seguimiento postoperatorio a los 7, 14, 21 y 28 días, después cada mes. El tiempo promedio de cirugía fue de 53 minutos, estancia hospitalaria postoperatoria de 20 h, se detectaron 5 complicaciones y ninguna recidiva ni rechazo al material hasta el momento, el dolor medido en dos momentos del postoperatorio de acuerdo a una escala verbal analógica fue de 3.76 la primera y 2.48 la segunda evaluación. El procedimiento fue bien tolerado por el paciente lo mismo que el material utilizado. En este grupo de pacientes, el procedimiento fue bien tolerado sin complicaciones mayores, sin recidivas hasta el momento y con baja escala del dolor.

088 TL-082

CORRELACIÓN ANATÓMICA DE LA REGIÓN INGUINAL EN CADÁVER HUMANO Y EN VIVO, DESDE LA ÓPTICA ENDOSCÓPICA

Fregoso AJM, Sereno TS, Hernández RR, Orozco AMJO, García IJA, Ruiz CJ, Zermeño JJ

Hospital Valentín Gómez Fariás del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado en Guadalajara. Departamento de Morfología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Guadalajara. Hospital San Javier, Guadalajara.

Antecedentes: El conocimiento de la región inguinal, es un reto para el cirujano que realiza intervenciones quirúrgicas para la reparación de hernia. Desde el advenimiento de la cirugía endoscópica, se hace necesario reaprender la anatomía desde esta particular región desde una óptica diferente. **Objetivo:** Compartir la experiencia del trabajo de disección de la región inguinal en cadáver mediante laparoscopia y su correlación con esquemas anatómicos y cirugía endoscópica en pacientes. **Material y métodos:** En el departamento de Morfología de la Universidad de Guadalajara, en cadáveres humanos de ambos sexos, se realizó mediante un laparoscopia y lente de 30 grados, disección de la región inguino-femoral. Estas imágenes se correlacionaron después con esquemas anatómicos y finalmente con las imágenes obtenidas

durante reparaciones endoscópicas de hernias inguinales en pacientes que se operaron en el Hospital Valentín Gómez Farías del ISSSTE y en el Hospital San Javier de Guadalajara, Jalisco. **Resultados:** Se logró realizar una correlación de la anatomía mediante endoscopia, entre el cadáver humano y el paciente sometido a intervención quirúrgica de dicha región. **Conclusiones:** El conocimiento de la anatomía de la región inguinal desde la óptica endoscópica es un procedimiento recomendable, antes de involucrarse en la reparación de hernias inguinales en pacientes por vía laparoscópica.

089 TL-128

SEGURIDAD DEL USO DE MATERIAL PROTÉSICO EN LA REPARACIÓN DE HERNIAS CONTAMINADAS

Vela-Sarmiento I, Valdez-Méndez D, Moreno-Moller M, Cárdenas-Lailson E, Herrera-Esquivel JJ, Palacios-Ruiz JA
Departamento de Cirugía General y Cirugía Experimental, Hospital General "Dr. Manuel Gea González". SS.

Objetivo: Comparar la frecuencia de infección de sitio quirúrgico en plastía de pared con el empleo de malla de polipropileno en heridas limpias vs contaminadas en modelo animal. **Métodos:** comparativo, ciego, experimental, prospectivo, transversal. Se incluyen 32 conejos, Nueva Zelanda. El grupo control incluye 16 conejos con herida limpia colocando malla de polipropileno de 2 x 2 cm en línea media, sobre aponeurosis. El grupo problema incluye 16 conejos con misma técnica quirúrgica y material protésico, colonizadas con alícuota de *E. coli* de 0.2 ml a concentración de 1.0×10^9 , y reciben 30 mg/kg de cefalotina, en transoperatorio, y posteriormente cada 24 h tres dosis. Al 5º día se toma biopsia de aponeurosis, músculo y malla para cultivos cuantitativos. **Resultados:** El tiempo quirúrgico promedio fue 23 min para el grupo control y 21 min en el grupo problema ($p = 0.120$). En el grupo control 3 conejos desarrollaron 1.0×10^9 UFC, el resto no mostró desarrollo. En el grupo problema 5 muestras de tejido analizados desarrollaron 1.0×10^9 UFC por gramo de tejido con un valor de $p = 0.081$. **Conclusiones:** La cantidad de UFC por gramo de tejido obtenidas en heridas contaminadas empleando antibiótico profiláctico son equiparables a las obtenidas en heridas limpias en un modelo animal. Por lo que el empleo de polipropileno tiene el mismo riesgo de infección en heridas limpias y contaminadas.

090 TL-129

REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL CON MALLA TIPO PHS. EXPERIENCIA EN HOSPITAL PRIVADO

Ramírez RJS, Cerda CLJ, López MT
Clínica Hospital Cemain.

Antecedentes: El advenimiento de la reparación libre de tensión, ha abierto un abanico de posibilidades que incluye variables posibles en la técnica y en la manufactura o tipo de prótesis a utilizar. Se considera que la técnica que menos variables puede tener es la técnica con malla tipo PHS. **Objetivos:** Revisar los resultados de los pacientes sometidos a esta técnica, en nuestro hospital. **Material y métodos:** Se revisan los expedientes de paciente operados con malla PHS de mayo 2001 hasta junio 2003. **Resultados:** Se incluyeron 59 pacientes, 4 con plastía ing. bilateral y uno de plastía umbilical. La edad del menor fue de 14 años y el mayor de 87 años, 47 masculinos y 12 femeninos. Siete de los pacientes se operaron con bloqueo peridural y el resto con bloqueo de cresta ilíaca. Once pacientes 18.6% se hospitalizaron (24 h) y el resto se manejaron ambulatorios. La morbilidad en dos casos (hematomas) 3.1%, el tiempo de incapacidad laboral fue en promedio de 14 días. Y hasta el momento no se han reportado recidivas. **Conclusiones:** La utilización de malla tipo PHS es técnicamente sencilla, con mínima morbilidad, de manera ambulatoria y los resultados reportados son reproducibles.

091 TL-169

PLASTÍA INGUINAL HÍBRIDA LIBRE DE TENSIÓN EMPLEANDO UN KIT PREFABRICADO (HERNIAL). EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA AMBULATORIA

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

Antecedentes: La utilización de materiales protésicos en la plastía inguinal ha tenido gran aceptación por su éxito y reproducibilidad. En México, diversos autores han aportado sus experiencias destacando Cisneros y su grupo quienes; a la técnica del tapón-malla sugerida por Rutkow, proponer fijar de ambas prótesis para reforzar las áreas potenciales de recurrencia. Se introduce un dispositivo prefabricado y preesterilizado denominado (Hernial Superlife) que utilizamos para reproducir la técnica. **Objetivos:** 1. Aplicar un kit prefabricado (Hernial Superlife) para la plastía inguinal híbrida de Cisneros que incluyen diversos instrumentos esterilizados incluidos tapón-malla para la aplicación cómoda y correcta de la técnica de Cisneros. 2. Describir la reproducibilidad de la técnica de Cisneros. **Material y métodos:** **Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes portadores de hernia inguinal y con: sexo indistinto, sin cirugía inguinal previa, edad de entre 21 a 65 años de edad, sin patología crónica degenerativa, que cuenten con el aval de anestesiología para realizar su procedimiento y que acepten el manejo propuesto previa explicación y firma de hoja de consentimiento. Se les administró 1 g de antibiótico en el preoperatorio. Pasaron a quirófano donde una vez anestesiados mediante bloqueo peridural o anestesia local se realizó la técnica quirúrgica descrita por Cisneros, mediante la fijación de un cono prefabricado en el anillo inguinal profundo y después fijando una malla para reforzar los puntos débiles. Tiempo quirúrgico promedio fue de 40 minutos. Los pacientes pasaron a recuperación donde permanecieron un promedio de 3.30 minutos. No se observaron complicaciones postoperatorias inmediatas y la totalidad de los pacientes reportaron bienestar en el seguimiento. Concluimos que la técnica es sencilla, reproducible, segura y que debe manejarse el nombre de plastía inguinal híbrida de Cisneros en el idioma universal de la cirugía.

092 TL-200

HERNIA INGUINAL, EXPERIENCIA DE 115 CASOS REPARADOS CON PRÓTESIS DE POLIPROPILENO. COMPARACIÓN ENTRE UN HOSPITAL PÚBLICO Y UN HOSPITAL PRIVADO

Elizalde DMA, Garza FH, Chapa AO, Balas SC, Hurtado LM, Dieguez JM, Martínez RJJ, Vega AS, De la Chica VM, Elizalde AN, Hernández HB, Quijano OF
Hospital General de México, OD, The American British Cowdray Medical Center, IAP.

Antecedentes: El tratamiento moderno de la hernia inguinal comenzó con la técnica descrita por Bassini, hoy en día las reparaciones se basan en la aplicación de material protésico para su tratamiento definitivo. **Objetivos:** Determinar si los beneficios y los resultados de la reparación de las hernias inguinales con material protésico son los mismos tanto en un hospital público como en un hospital privado. **Material y método:** Se trata de un ensayo clínico no aleatorizado, no ciego y retrospectivo. Se revisaron los expedientes de 119 pacientes operados con malla, 80 operados en el Hospital General de México OD y 39 operados en The American British Cowdray Medical Center, IAP y se evaluó: Complicaciones transoperatorias, tiempo quirúrgico, complicaciones postoperatorias, dolor, reactivación física diaria, reactivación física laboral y recidiva. **Resultados:** La anestesia utilizada en el hospital público fue regional en 90.5%, el tiempo quirúrgico fue de 52 min y las complicaciones fueron retención urinaria 2 pac, neuralgia 4 pac, hidrocele 1 pac. En el hospital privado, los pacientes fueron operados con anestesia local y sedación en 95% y de forma ambulatoria. Como complicaciones tuvieron neuralgia en un paciente. No hubo infecciones en ninguno de los dos grupos y tanto el dolor como los días para la reanudación de las actividades diarias fue similar. **Conclusiones:** Los resultados de la cirugía de reparación de la hernia inguinal con malla no deben diferir entre un hospital privado y uno público.

093 TL-201

HERNIOPLASTÍA INGUINAL: COMPARACIÓN ENTRE TÉCNICAS SIN TENSIÓN Y CON TENSIÓN. ESTUDIO PROSPECTIVO Y ALEATORIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, OD.

Elizalde DMA, Garza FH, Chapa AO, Balas SC, Hurtado LM, Dieguez JM, Martínez RJJ, Vega AS, De la Chica VM, Elizalde AN Hospital General de México, OD.

Antecedentes: El tratamiento moderno de la hernia inguinal comenzó con la técnica descrita por Bassini, hoy en día las reparaciones se basan en la aplicación de material protésico para su tratamiento definitivo. **Objetivos:** Determinar los resultados de las técnicas con prótesis (Lichtenstein y Rutkow), sin prótesis (Shouldice) y determinar la mejor reparación para el paciente del HGM. **Material y método:** Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, no ciego, longitudinal y prospectivo. Se operarán pacientes con hernia inguinal con las técnicas de Rutkow, Lichtenstein y Shouldice y se evaluará: Complicaciones transoperatorias, tiempo quirúrgico, complicaciones postoperatorias, dolor, reactivación física diaria, reactivación física laboral y recidiva. **Resultados:** La anestesia utilizada fue regional en 90.5% el tiempo quirúrgico fue de 58 min para Lichtenstein, 57 min para Rutkow y 70 min para Shouldice. **Complicaciones:** retención urinaria 2 pac, neuralgia 4 pac, hidrocele 1 pac, hematoma 1 pac, dolor 1.3 días para técnicas con prótesis y 3 días sin prótesis. Reanudación de actividad física diaria: Lichtenstein 1.9 días, Rutkow 2.2 días, Shouldice 6.6 días. **Conclusiones:** La plastia inguinal es una cirugía con pocas complicaciones, y los pacientes que fueron operados con prótesis tienen menos dolor y retornan a la actividad diaria física más rápido.

094 TL-202

REPARACIÓN DE LICHTENSTEIN PARA HERNIAS FEMORALES. EXPERIENCIA DE 7 CASOS

Elizalde DMA, Dr. Garza FH, Chapa AO, Balas SC, Hurtado LM, Dieguez JM, Martínez RJJ, Vega AS, De la Chica VM, Elizalde AN Hospital General de México, OD.

Antecedentes: Las hernias femorales representan menos del 7% del total de las hernias de la región inguinal. La utilización cada vez más frecuente de materiales protésicos para la reparación de los defectos de pared ha influido también en la plastia femoral recibiendo ésta los beneficios de las mallas. **Objetivos:** Determinar los beneficios de la reparación de las hernias femorales con material protésico con la técnica descrita por Lichtenstein para el paciente del HGM. **Material y método:** Se trata de un ensayo clínico no aleatorizado, no ciego, longitudinal y prospectivo. Se operaron de enero 2002 a julio 2003, 7 pacientes de hernia femoral con la técnica de Lichtenstein y se evaluó: Complicaciones transoperatorias, tiempo quirúrgico, complicaciones postoperatorias, dolor, reactivación física diaria, reactivación física laboral y recidiva. **Resultados:** La anestesia utilizada fue regional en 90.5%, el tiempo quirúrgico fue de 35 min. **Complicaciones:** Seroma 1 pac. tuvieron en promedio 1.3 días de dolor y reanudaron la actividad física diaria en 1.5 días. No hubo infecciones ni recidivas tempranas. **Conclusiones:** La plastia femoral con técnica de Lichtenstein es una cirugía con pocas complicaciones, y los pacientes presentan menos dolor y retornan a la actividad diaria física más rápido.

095 TL-203

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS APLICADAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INGUINAL EN EL ADULTO

Ruiz RR, Fragoso BJS, Romero BCG Hospital General de Zona N° 1 Tlaxcala, IMSS.

Antecedentes: La hernia inguinal es un procedimiento que se ha considerado un problema de salud pública dada su frecuencia y la población afectada en etapa productiva. Actualmente existen técnicas quirúrgicas innovadoras libres de tensión de tipo protésico, que a pesar de haber probado sus beneficios para el paciente, el médico y la institución prestadora del servicio, no se utilizan como primera elección. **Objetivo:** Conocer la frecuencia de utilización de las diferentes técnicas para plastias del canal inguinal, comparar la eficacia entre las diversas técnicas empleadas y determinar las

características de los cirujanos y de los pacientes intervenidos. **Material y métodos:** Estudio transversal comparativo cuya población de estudio fue: Cirujanos generales y población adulta derechohabiente operada de plastia del canal inguinal durante 2001. **Resultados:** Las técnicas más frecuentes usadas fueron McVay y Bassini, técnicas tradicionales. Al comparar los resultados de todas las técnicas aplicadas, no hubo diferencia estadística, pero con base en la literatura médica actualizada, este tipo de técnicas plásticas resultan obsoletas y poco eficaces. Las técnicas libres de tensión reportadas en la literatura como superiores en los últimos años por el bajo índice de recidiva y beneficios económicos para paciente e institución que proporciona la atención médica, en este estudio no tuvieron resultados favorables, probablemente por que los cirujanos que la aplicaron están en etapa de aprendizaje. **Conclusiones:** Se propone fortalecer las actividades académicas en el servicio de cirugía para propiciar la práctica de la medicina basada en evidencias e implementar capacitación las técnicas libres de tensión en las plastias del canal inguinal.

HÍGADO Y VÍAS BILIARES

096 TL-009

EL USO DE LA COLANGIOSCOPIA VIRTUAL EN EL DIAGNÓSTICO DE COLEDOLITIASIS

Simone M, Mutter D, Rubino F, Dutson E, Arenas M, Roy C, Soler L, Marescaux J IRCAD/EITS, Université Louis Pasteur, Strasbourg, Francia.

Objetivo: Los sistemas de realidad virtual se han empleado en reconstrucciones de hígado, gastroscopias, entre otros. Nuestro objetivo fue evaluar la aplicación clínica de un nuevo sistema utilizando la reconstrucción anatómica virtual en 3a dimensión (3D), la exploración intraluminal virtual para la detección de coledocolitiasis y la visualización de la anatomía del árbol biliar. **Métodos:** En un estudio prospectivo, se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis de noviembre del 2000 a julio del 2002. La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) y colangiografía transoperatoria (CTO) o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se realizó en todos los pacientes. Los datos obtenidos de la CPRM se integraron en el sistema de realidad virtual para generar una imagen en 3D. Las reconstrucciones se evaluaron por un cirujano y un ingeniero en sistemas computacionales quienes desconocían los resultados de la CTO y CPRE. La sensibilidad y la especificidad se calcularon en base a los resultados obtenidos. **Resultados:** Se estudiaron 65 pacientes. El tiempo promedio para la reconstrucción de las imágenes en realidad virtual fue de 7.5 min (4-13.5). La colangioscopia virtual en 3D tuvo una tasa de sensibilidad y de especificidad del 71% y 91% respectivamente, comparado con un 61% y 86% del estándar de la CPRM. **Conclusiones:** La colangioscopia en 3D ofrece en detalle la reconstrucción preoperatoria del árbol biliar y la identificación de coledocolitiasis con una sensibilidad y especificidad clínicas aceptables. El desarrollo de nuevos sistemas puede mejorar su agudeza y así en un futuro podría cambiar o reemplazar algunos métodos invasivos.

097 TL-021

EXPERIENCIA DE MANEJO EN LESIONES IATROGÉNICAS DE LA VÍA BILIAR Y SU RECONSTRUCCIÓN, 116 CASOS, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO "LA RAZA", IMSS

Velázquez GJA, Fenig RJ, González RVF, Tinoco HA, Cervantes CJ, Arroyo LH, Delgadillo TG, Galindo ML, Campos CF, Ayala LEA Hospital de Especialidades, CM "La Raza". IMSS.

Resumen: Las estenosis de los conductos biliares son consecuencias graves poco comunes de lesión durante la colecistectomía y otras intervenciones realizadas sobre el árbol biliar y representan uno de los mayores desafíos que puede enfrentar el cirujano general. **Objetivo:** Mostrar la experiencia sobre la reconstrucción de la vía biliar, en

lesiones iatrogénicas de la misma sin patología maligna. **Material y métodos:** Se analizaron las indicaciones y manejo, así como los resultados de 116 pacientes, de marzo de 1988 a febrero de 2001, los cuales recibieron tratamiento quirúrgico, por lesiones iatrogénicas de vías biliares sin patología maligna. **Resultados:** Se trataron un total de 116 pacientes, de los cuales 82 corresponden al sexo femenino y 34 al sexo masculino, con edades que varían desde 16 a 69 años con promedio de 43.2 años. Los pacientes se dividieron en 5 grupos dependiendo del sitio de lesión, según la clasificación de Bismuth: Grupo 1, 29 pacientes (25%); Grupo 2, 44 pacientes (37.9%); Grupo 3, 23 pacientes (19.8%); Grupo 4, 17 pacientes (14.6%); Grupo 5, 3 pacientes (2.5%). Del total de pacientes se reconoció la lesión de la vía biliar durante el transoperatorio en 7 pacientes (6%); durante los primeros 10 días postoperatorios 90 pacientes (77.5%) y posterior a 10 días de postoperatorio en 19 pacientes (16.3%). La lesión de la vía biliar se manifestó con fuga de material biliar en 98 pacientes (84.4%) y sin evidencia de fuga de material biliar en 18 pacientes (15.5%). El diagnóstico se llevó a cabo por medio de evaluación clínica, exámenes de laboratorio, USG, CPRE y colangiografía percutánea en el 100% de los casos. En 72.4% se realiza TAC abdominal y sólo en el 7.7% se realizó colangiogramagrafía. El manejo quirúrgico consistió en: Únicamente drenaje quirúrgico de colecciones biliares intraabdominales y control de sepsis: 42 pacientes (36.2%). De éstos fue suficiente dicho procedimiento sólo en 3 pacientes, (7.1%). I. Anastomosis término terminal de vía biliar + colocación de sonda en T en 3 pacientes (2.6%). II. Hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux, sin férula de vías biliares en 91 pacientes (80.5%). III. Hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux, con colocación de férula transhepática en 19 pacientes (16.3%). Las complicaciones transoperatorias, fueron lesión intestinal, lesión de vena porta, lesión de arteria hepática, intento fallido de reconstrucción. **Complicaciones postoperatorias:** sangrado, fuga biliar, sepsis colangiolar, sepsis abdominal. Porcentaje de reestenosis postreconstrucción con seguimiento a 1 año, por tipo de cirugía realizada fue para: I. ATTVB + ST, 2 pacientes, (66.6%); II. HVA YR sin férula 11 pacientes, (12%); y III. HVA YR con férula 2 pacientes (10.5%). Total: 15 pacientes, (13.2%). A 12 pacientes (80%) del total de ellos se reconstruyó la vía biliar en 2ª ocasión, con HVA YR sin férula. Al resto de pacientes (3), se llevaron a cabo procedimientos alternativos de manejo con buenos resultados. La mortalidad transoperatoria fue de 2 pacientes, (1.7%). La mortalidad postoperatoria inmediata y mediata fue de 12 pacientes, (10.3%). La mortalidad global fue de 14 pacientes (12%). **Conclusión:** Las lesiones de la vía biliar, con su consecuente estenosis son complicaciones graves de la cirugía de vesícula y vías biliares. La mejor opción de tratamiento quirúrgico es la reconstrucción con hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux, con o sin férula y con control de proceso séptico. Sus complicaciones y mortalidad peri-operatoria son considerables.

098 TL-030

DETECCIÓN DE *HELICOBACTER PYLORI* EN LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE VESÍCULA BILIAR POR INMUNOHISTOQUÍMICA

González OA, García IJA, Hernández TN, Vázquez CG, Muciño HMI, López OA
Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Departamento de Anatomía Patológica, Centro Médico Nacional de Occidente IMSS-Jalisco.

Antecedentes: Se ha asociado la presencia del *Helicobacter pylori* con enfermedad hepatobiliar que incluye desde colecistitis crónica hasta carcinoma de vesícula biliar. Se ha observado que la frecuencia de *H. pylori* es 9.9 veces mayor en pacientes con carcinoma de la vía biliar y 3.5 con litiasis vesicular comparados con vesículas sanas. Se sugiere que *Helicobacter pylori* resistente a bilis, en enfermedad vesicular, favorece el daño tisular, inflamación crónica y proliferación y pudiera ser responsable de neoplasia vesicular. **Objetivo:** Identificar por inmunohistoquímica la presencia de *Helicobacter pylori* en tejido de vesícula biliar con lesiones premalignas y malignas. **Material y métodos:** Estudio transversal en especímenes vesiculares obtenidos mediante colecistectomía abierta o laparoscópica con diagnóstico

histopatológico corroborado por dos patólogos. Se incluyeron 39 especímenes de los cuales 12 fueron adenocarcinomas incidentales, 3 displasia puras, 8 metaplasias y 16 con cambios xantogranulomatosos. Cada espécimen se sometió a detección del agente bacteriano mediante tinción inmunohistoquímica (anticuerpos policlonales contra *Helicobacter pylori*). **Resultados:** Del total de vesículas estudiadas se encontró el 20.5% (8/39) positivas para *Helicobacter pylori* y por cada grupo: adenocarcinoma 33.3% (4/12); displasia 0% (0/3); metaplasia 12.5% (1/8); xantogranulomatosas 18.8% (3/16). **Discusión.** Ante la detección de 20% mediante un método indirecto y 33% en vesículas con cáncer obliga necesariamente a investigar si la asociación de *H. pylori* y lesiones vesiculares de este tipo es fortuita o definitivamente se observa con una alta prevalencia que hagan suponer, una intervención etiológica del genoma bacteriano a este nivel, similar a lo que sucede en cáncer gástrico.

099 TL-048

FACTORES PRONÓSTICOS EN CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR

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

Antecedentes: El carcinoma de la vesícula biliar es una neoplasia poco frecuente y agresiva. **Objetivo:** Determinar los factores pronósticos asociados con la sobrevida global en pacientes con esta neoplasia. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar atendidos en el INCMYNSZ de 1990 a 2002. Se analizaron variables demográficas, clínicas y patológicas, así como asociadas a tratamiento. El objetivo de medición fue la sobrevida global. Se construyeron curvas de sobrevida con el método de Kaplan y Meier y se compararon por medio de la prueba de log-rank. Se realizó análisis multivariado mediante regresión de Cox. Se definió significativa a una $p < 0.05$. **Resultados:** Se registraron 51 pacientes, 35 de ellos (69%) del sexo femenino, con una mediana de edad de 63 años (39-84). Los síntomas más frecuentes fueron dolor (71%), ictericia (22%) y pérdida ponderal (10%). En 57% de los casos se encontró litiasis vesicular asociada. Treinta y seis pacientes (71%) fueron llevados a cirugía, siendo los procedimientos más frecuentes la colecistectomía simple en 14 (39%), y laparotomía solamente en 7 (19%); el resto fue sometido a procedimientos paliativos. La morbilidad quirúrgica fue de 13.9%. Seis pacientes (11.8%) recibieron quimioterapia a base de 5-FU. Todos, excepto un paciente con carcinoma de células pequeñas, tuvieron el diagnóstico de adenocarcinoma, de los cuales el 25% se clasificó como poco diferenciado. La mayoría de los pacientes (86.3%) se presentó con estadio IV. La mediana de sobrevida para toda la cohorte fue de 6 meses (95% IC 0.5-7), con sobrevida a 1 y 3 años de 22.7 y 3.5%, respectivamente. En el análisis univariado, la resección quirúrgica, estadio menos avanzado, la administración de quimioterapia, Karnofsky > 80 y albúmina > 3.0 se asociaron a mejor pronóstico. En el análisis multivariado, la resección quirúrgica ($p = 0.0001$) y albúmina sérica > 3 ($p = 0.002$) fueron las únicas variables asociadas a sobrevida. **Conclusiones.** El cáncer de vesícula biliar se presenta en estadios avanzados y su pronóstico es muy pobre. La resección quirúrgica ofrece la única posibilidad de mejorar la sobrevida. La albúmina sérica es un factor pronóstico significativo para sobrevida en esta neoplasia.

100 TL-050

LA DILATACIÓN DEL CONDUCTO CÍSTICO CON DILATADORES DE BAKES PARA LA EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS EN EL COLÉDOCO. UNA ALTERNATIVA PARA EVITAR LA COLEDOCOTOMÍA. REPORTE DE TRES CASOS

Hinojoza PA, Castillo LL, Piza BRH, González PJJ, Muñiz LR, Estrada CA
Hospital General Regional Vicente Guerrero IMSS Acapulco.

Antecedentes: La colecistectomía representa hasta el 50% de la cirugía electiva en un hospital de segundo nivel. Hasta el 15% de estos pacientes pueden tener litos en el colédoco, lo que implica explora-

ción de vías biliares con un aumento de la morbimortalidad. No se tienen referencias escritas de extracción de litos del colédoco a través del cístico dilatado con dilatadores de Bakes. **Objetivo:** Documentar la extracción de litos en el colédoco mediante la dilatación del cístico y a través de éste extraer los litos y sin realizar la coledocotomía. **Material y métodos:** Tres pacientes a los que se les realizó extracción de litos en colédoco mediante la dilatación del cístico y sin abrir el colédoco. 1er caso: Mujer de 38 años, con coledocolitiasis, documentada en el transoperatorio. Se dilata cístico con dilatadores de Bakes. Se logran extraer 2 litos, se cierra el cístico con transfectivo previa colangiografía transoperatoria. Evolución sin complicaciones. 2º caso: Mujer de 45 años. Ictericia obstructiva. Se realiza el mismo procedimiento. Con éxito. 3er caso: Hombre de 48 años. Ictericia obstructiva. Mismo procedimiento. Se extraen 3 litos. Colangiografía transoperatoria sin observarse litos. Evoluciona sin complicaciones. **Resultados:** Se considera que la extracción de litos en el colédoco sin abrir este conducto, mediante la dilatación del cístico puede disminuir la morbimortalidad al evitar los procesos estenóticos del colédoco. Es necesario una casuística más alta.

101 TL-102

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON HEPATOMEGALIA SECUNDARIA A INSUFICIENCIA CARDIACA

Rojano ME, Mucio M, Palacios JA, Pereira F, Alvarado A, González L, Herrera J
Hospital General "Dr. Manuel Gea González" S.S.

Antecedentes: La colecistectomía laparoscópica en los últimos años ha sido la técnica de elección para tratar todas las enfermedades de la vesícula. Muchas de las contraindicaciones iniciales, ahora no son consideradas como tales. Existen condiciones particulares en las que se debe ser cuidadoso para asegurar un éxito en la cirugía, tales como: técnica, hemostasia satisfactoria e identificación de las características anatómicas precisas. Hay algunas condiciones particulares en pacientes que requieren colecistectomía laparoscópica que pueden modificar algunas de las condiciones arriba mencionadas. Específicamente pacientes con hepatomegalia congestiva, donde hay hipertensión venosa sistémica que se presenta aun en las formas leves de insuficiencia cardiaca. **Método:** Se presenta un revisión de dos años a la fecha de 10 pacientes con insuficiencia cardiaca compensada referidos al Hospital General "Dr. Manuel Gea González", para colecistectomía laparoscópica con antecedente de cardiopatía ya diagnosticada. **Resultados:** En el tiempo estudiado se realizaron 462 colecistectomías laparoscópicas, 10 pacientes tienen antecedente de cardiopatía; 5 con cardiopatía reumática y recambio valvular, 4 con cardiopatía mixta, y uno con cor pulmonale. En todos se pudo realizar el procedimiento laparoscópico, el tiempo de estancia hospitalaria fue mayor, mayor índice de hemorragia sin choque y mayor tiempo quirúrgico. **Conclusiones:** Se debe identificar a los pacientes que puedan tener una enfermedad coexistente como insuficiencia cardiaca, ya que en ellos es factible realizar la colecistectomía laparoscópica, pero se debe tener especial cuidado en las complicaciones hemorrágicas y la estrategia quirúrgica debe plantearse de forma diferente para adaptarse a los cambios anatómicos.

102 TL-103

IMPLICACIONES PRONÓSTICAS PARA PRESERVAR LA CONFLUENCIA DE LA VÍA BILIAR, DESPUÉS DE UNA LESIÓN IATROGÉNICA

Mercado MA, Hinojosa CA, Chan C, Orozco H, Ramos-Gallardo G, Gálvez-Treviño R, Valdés-Villarreal M
Servicio de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México DF.

Antecedentes: La reconstrucción biliar se diseña según el nivel de lesión, después de una lesión completa el tipo de reconstrucción más utilizado es la hepatoyeyunoanastomosis (en Y de Roux). **Objetivo:** Comparar después de la reconstrucción biliar; los pacientes donde se conservó la unión con aquéllos sin ésta. **Metodología:** Se

efectuó una revisión retrospectiva de los expedientes de pacientes a quienes se les realizó una reconstrucción biliar después de una lesión iatrogénica entre 1990 y 2002. Se analizó; el resultado postoperatorio, el estado funcional de la anastomosis, colangitis recurrente, la necesidad de instrumentación radiológica y/o reoperación. **Resultados:** Se revisaron 204 casos; 130 donde se conservó la unión y 74 en que la lesión afectó la unión; tratados con una hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux. En el primer grupo: 4% requirió reoperación, 4% requirió instrumentación radiológica percutánea, 8% presentó disfunción de la anastomosis, 4% colangitis y 82% presentó las pruebas de función hepática postoperatorias normales. En el segundo grupo: 24% necesitó reoperación y 80% instrumentación radiológica, la disfunción de la anastomosis se observó en 64% y colangitis en 55%, el 20% tenía pruebas de función hepática postoperatorias normales. Cincuenta y dos de los 74 casos tenían una historia de más de dos intentos de reconstrucción. **Conclusión:** La preservación de la unión después de la lesión iatrogénica, tiene una evolución significativamente mejor. Los resultados de reconstrucción biliar en este tipo de pacientes son buenos a largo plazo comparado con aquéllos sin la unión, con menos requerimientos de reoperaciones e instrumentaciones radiológicas.

103 TL-106

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS LESIONES PO DE LA VÍA BILIAR

Torres VFR, López RF

Hospital Civil de Cd. Madero. Servicios de Salud de Tamaulipas.

Las estrecheces de los conductos biliares son una complicación poco común, pero grave, de las operaciones primarias de la vesícula biliar o del árbol biliar. En su mayor parte, las estrecheces se producen como resultado de lesión de los conductos biliares durante la colecistectomía. Además, ocurren también en los sitios de anastomosis biliares previas para la reconstrucción del árbol biliar. La mayoría de los pacientes que experimentan estrechez benigna de los conductos biliares lo manifiesta poco después de su operación inicial. Es esencial la CTHP para definir la anatomía del árbol biliar antes del tratamiento. Existen diversas alternativas para la reparación planeada de las estrecheces de los conductos biliares. La experiencia sugiere, sin embargo que la medida terapéutica preferible en la mayor parte de los casos consiste en colédoco o hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux, a lo que hemos adaptado prolongación de la línea de sutura con la totalidad del CEHI, para lo cual realizamos el presente estudio prospectivo, longitudinal, al azar y donde incluimos a todos los pacientes con lesiones PO de la vía biliar. **Objetivo:** Demostrar las ventajas de utilizar el CEHI en la línea de sutura. **Material y métodos:** Se incluyeron a todos los pacientes con lesiones PO de la vía biliar que requerían reparación Qx durante un periodo de 10 años, divididos al azar en 2 grupos, G1 sin utilización del CEHI y G2 con utilización del CEHI. El protocolo incluyó además edad, sexo, Qx previa, No. de Qx previas, clasificación de Bismuth, forma de presentación, diagnóstico, apoyo nutricional, complicaciones PO, estancia IH, uso de prótesis y tiempo de evaluación. **Resultados:** Fueron 22 pacientes en 2 grupos (11c/u). Dieciocho mujeres y 4 hombres. La edad osciló de 24 a 91 a, 12 p con colecistectomía previa y 10 con DBD estenosada. 80% con 2 o más Qx previas, 60% Bismuth II; 20% Bismuth I; 15% Bismuth III; 5% Bismuth V; 60% su presentación fue tardía y 40% temprana. La reparación fue planeada en 80% de los casos. Todos tuvieron Lab completo y CTHP. 100% con apoyo nutricio preoperatorio. 80% complicaciones PO menores; 20% mayores. La EIH en el 80% fue de 10 días, el resto 20 días. La estenosis y reestenosis se presentó en más del 40% en el G1, siendo de 0% para el G2. No se utilizaron prótesis ni drenajes en ningún caso. No hubo dehiscencia de anastomosis. Tiempo de evaluación de 3 hasta 13 años. **Conclusiones:** Mejor opción terapéutica: Qx. Qx de elección DBD en Y de Roux con extensión de sitio de sutura con CEHI. Mejores resultados con Qx planeada. La colecistectomía continúa siendo la causa más frecuente de lesión de VB. En la estenosis o reestenosis no influye el material de sutura. Es indispensable la CTHP como método Dx preoperatorio. El apoyo nutricio PO incide directamente en los resultados Qx.