

Cirujano General

Volumen 25
Volume

Suplemento 1
Suplemento

Octubre-Diciembre 2003
October-December

Artículo:

Trabajos en Video

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de este sitio:

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

Others sections in this web site:

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



Edigraphic.com

TRABAJOS EN VÍDEO

- 142 **Parotidectomía bilateral.**
- 142 **Adrenalectomía laparoscópica izquierda en un paciente con vena cava inferior izquierda.**
- 142 **Laparoscopia en patología inusual.**
- 142 **¿Hay límites en cirugía endoscópica?**
- 142 **Tratamiento quirúrgico de acalasia por vía laparoscópica.**
- 143 **Técnica de rectopexia posterior por vía laparoscópica.**
- 143 **Manejo de la úlcera duodenal perforada con cirugía endoscópica integral.**
- 143 **Técnica de ligadura endoscópica de venas perfrantes.**
- 143 **Retiro de banda gástrica por laparoscopia. Complicaciones de la banda gástrica.**
- 143 **Cirugía de mínima invasión en la resolución del pseudoquiste pancreático.**
- 144 **Extracción gastroscópica de la migración de banda gástrica ajustable.**
- 144 **Linfadenectomía pélvica laparoscópica.**
- 144 **Preservación nerviosa en la rtm para el cáncer rectal bajo en una paciente femenina.**
- 144 **Reservorio ileoanal en colitis crónica inespecífica preservando la zona de transición anorrectal.**
- 144 **Anastomosis primaria en enfermedad diverticular complicada de colon izquierdo.**
- 145 **Malformaciones anorrectales en el adulto. Anorrectoplastía sagital posterior.**
- 145 **Tumor retrorectal. Abordaje sagital posterior.**
- 145 **Rectosigmoidectomía perineal. (procedimiento de alteemeier).**
- 145 **Tratamiento endoscópico de los tumores benignos del esófago.**
- 146 **Regresión del esófago de barrett posterior a funduplicatura tipo nissen lap. : una realidad.**
- 146 **Hernia inguinal recidivante manejada con técnica de lichtenstein abierta.**
- 146 **Colecistectomía total abierta mínima invasión de 2 cm.**
- 146 **Lesión de vía biliar post-colecistectomía abierta. la-trogenia en la evaluación post-complicación.**
- 147 **Enfermedad diverticular del yeyuno complicada con hemorragia y perforación. Reporte de un caso.**
- 147 **Cirugía fisiológica de tubo digestivo en síndrome de intestino corto.**
- 147 **Endometriosis intestinal. Un problema de diagnóstico y manejo.**
- 147 **Vena cava superior como último recurso en hiper-alimentación para trombosis venosa generalizada en estado de hipercoagulabilidad.**
- 148 **Extracción de catéter venoso central por vena femoral derecha, posterior a migración a vena cava inferior.**
- 148 **Tratamiento quirúrgico agresivo y apoyo nutricional en la enfermedad de fournier.**
- 148 **Pancreatitis aguda severa ¿cuándo operar?**
- 149 **Pasos claves en la pancreatoduodenectomía.**
- 149 **Manejo integral de la pancreatitis biliar aguda grave.**
- 149 **Modificación en la técnica de elaboración del nudo gea para cirugía endoscópica.**
- 149 **Modelo experimental de trasplante de pulmón.**
- 150 **Papel del cirujano general en trauma torácico complejo.**
- 150 **Sepsis residual post-trauma.**
- 150 **Amputación transmetatarsiana de 2 dígitos en un diabético.**
- 150 **Medición del colgajo de piel para amputación por debajo de rodilla. La técnica de los tercios.**



CABEZA Y CUELLO**001** **TV-012****PAROTIDECTOMÍA BILATERAL**Navarro NF, Orta AR, Maldonado MR
IMSS HGSZ # 13 Acámbaro, Gto.

Antecedentes: Las intervenciones quirúrgicas de las glándulas parótidas son un reto para el cirujano, por el riesgo de lesión del nervio facial (nervio motor, responsable de las expresiones de la cara) localizado en el espesor de la propia parótida; por lo que en toda operación deberá extirparse la mayor cantidad factible de tejido enfermo y preservarse al máximo posible la integridad anatómica y funcional de tan importante nervio. **Objetivo:** Presentar la extirpación bilateral de parótida por sialoadenitis crónica con resultado exitoso en paciente senil. **Material:** Masculino de 81 años de edad, con antecedentes de EPOC y cardiopatía mixta. Con tumoración bilateral de parótidas, de 6 meses de evolución, sin antecedente reciente de infección de vías respiratorias altas, ni pérdida de peso, sin afección del nervio facial ni presencia de adenomegalias regionales. Se le realizó parotidectomía izquierda en septiembre de 2002 y parotidectomía derecha en diciembre de 2002. El resultado histopatológico de ambas: Sialoadenitis crónica esclerosante. La evolución postoperatoria se considera satisfactoria. Al mes de la segunda operación, presentó xerostomía y aumento de volumen de glándula submaxilar derecha que desaparecieron un mes después. Actualmente asintomático y sin afección de lesión de nervio facial. En el video se muestran los pasos quirúrgicos que se consideraron importantes como son: 1. Formación de colgajos cutáneos. 2. Disección y resección de la tumoración parótidea. 3. Identificación y preservación del nervio facial y sus ramas. 4. Hemostasia meticulosa de todos los planos. 5. Drenaje del lecho quirúrgico. 6. Cierre de la herida quirúrgica. Se incluyen fotografías del pre y postoperatorio. **Resultados:** Se consideran muy satisfactorios para ambas intervenciones.

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA**002** **TV-001****ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA IZQUIERDA EN UN PACIENTE CON VENA CAVA INFERIOR IZQUIERDA**Mutter D, Bacal D, Arenas M, Marescaux J
IRCAD/EITS, Université Louis Pasteur, Strasbourg, Francia.

Antecedentes: La variación anatómica de la vena cava es muy rara. El identificar y seguir las guías vasculares en la cirugía de la glándula suprarrenal permite un mejor abordaje. **Objetivo:** El objetivo de este video es presentar nuestro abordaje de la glándula suprarrenal siguiendo siempre los límites anatómicos que ayudan al cirujano a continuar la disección evitando resecciones vasculares错误as. **Métodos:** Presentamos el video de un paciente con enfermedad de Conn y diagnóstico previo de vena cava invertida. Estos hallazgos se confirmaron durante la cirugía transoperatoriamente. Mostramos la alteración anatómica durante la exploración de la cavidad, así como el abordaje de la glándula siguiendo las vías vasculares. **Resultados:** Las imágenes preoperatorias del paciente se muestran en el video, así como la inversión de la vena cava durante la cirugía y el drenaje venoso anormal de la glándula suprarrenal. La posición lateral del paciente permite una mejor exposición y facilita la disección. Se diseña el ligamento esplenoparietal. Se identifican la vena renal y la vena suprarrenal observando el drenaje directo de la vena suprarrenal adhesión hacia la vena cava invertida. Se identifica el resto de los vasos, se engrapan y se cortan. Se termina la disección de la glándula con Ligasure®. Se coloca un espécimen en la bolsa extractora y se retira de la cavidad a través de uno de los trócares. **Conclusiones:** La guía vascular en la disección de la glándula suprarrenal es mandatorio. Las variaciones anatómicas vasculares pueden no afectar la cirugía cuando se tiene un conocimiento de la anatomía.

003 **TV-009****LAPAROSCOPIA EN PATOLOGÍA INUSUAL**Hernández BMA, López GS, García CG
Hospital Regional Cd. Madero Tamps.

Introducción: El papel de la laparoscopia puede ser tan amplio si se combina la tecnología y la imaginación del cirujano, existen indicaciones precisas de la misma y otras que pueden ser viables si se tiene la oportunidad de efectuarlas, sin rebasar principios éticos y legales. **Material y métodos:** Se presentan dos casos inusuales solucionados por laparoscopia. Femenino de 33 años de edad, gesta III. Para III, antecedentes de colocación de DIU en 1995, 8 meses más tarde presentó embarazo de término resuelto por parto normal, sin encontrar el dispositivo intrauterino. Cuadro de dos años de evolución con dolor abdominal bajo intermitente manejado como enfermedad pélvica inflamatoria e infección de vías urinarias, al efectuar urografía excretora reveló DIU libre en cavidad abdominal, por lo cual se efectuó laparoscopia exploradora y posibilidad de efectuar estudio radiológico transoperatorio, se localizó DIU atrapado por epíplón con reacción inflamatoria del mismo. Se extrajo cuerpo extraño y se realizó salpingooclasis bilateral. **Segundo Caso:** masculino de 59 años edad, médico cardiólogo con dislipidemia en control, presentó hemorragia cerebral por lo que ameritó craniotomía de urgencia para drenaje, por secuelas de cráneo hipertensivo se le colocó válvula de Pudenz evolucionando con fistula de líquido cefalorraquídeo sin respuesta a manejo conservador se solicitó apoyo al servicio de cirugía, optando por recolocar la válvula por laparoscopia con resultado satisfactorio. **Conclusiones:** El uso de la laparotomía exploradora cada vez tiene menos indicaciones, la utilidad de la cirugía de invasión mínima pudiera ser superior.

004 **TV-014****¿HAY LÍMITES EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA?**Blas AR, López SF, Trejo DC
Secretaría de Marina, Armada de México, Centro Médico Naval.

Antecedentes: La colecistectomía endoscópica es el tratamiento para patología de vesícula biliar, hay contraindicaciones, como alteraciones de coagulación, la sangre absorbe la luz, oscurece el campo quirúrgico. Contraindicación relativa, pancreatitis. **Objetivo del video:** Demostrar solución satisfactoria en transoperatorio 5. **Informe del caso:** Masculino 82 años, ingresa a urgencias, dolor abdominal, 10 horas evolución, secundario a ingesta colecistoquinéticos en epimesogastrio, irradiación hipocondrio derecho, vómito gástrico. E.F. Murphy +++, al ingreso exámenes laboratorio: leucocitos: 14,000, Bt 4.2, D = 2.9, TGO 135 GGT = 256, amilasa 2,153, lipasa 2,26, glucosa 130, DHL 250. Gabinete. USG HVB. CCL, pared 5.9 ml. Lito bolsa de Hartman. TAC Abdominal y USG de hígado y vías biliares que concluyen diagnósticos: pancreatitis biliar aguda Balthazar C + colecistitis crónica agudizada + aneurisma aorta infrarenal Krakford II/IV que ocluye 50% de su luz + enfermedad degenerativa del sistema de conducción cardíaca. Tratamiento inicial: Ingreso a la UTI con APACHE II 10. Ayuno, SNG, somatostatina, imipenem cilastatina. IPB nitroparcine, digoxina. Valoraciones iniciales. Medicina interna Goldman III. Anestesiología ASA III-5. Cardiología Destky riesgo alto. Se coloca stent por oclusión 70%. Marcapasos endocárdico definitivo DDR-(250702) FA, crónica, bradicardia sinusal. Albúmina 2.5, NPT, por cirugía próxima. Amilasa, lipasa disminución desde tercer día. Protección con vasodilatadores coronarios digitálicos, pancreatografía dinámica 4º y 10º días sin cambios. Operó al 13 día de colecistectomía endoscópica + adherensiólisis + biopsia hepática (video). **Resultados:** Egresó al 13vo día EH, 4º postoperatorio, evolución satisfactoria. **Conclusiones:** Si se cuenta con un equipo multidisciplinario, que ponga en condiciones favorables a enfermos como éste, la cirugía endoscópica y la experiencia del grupo quirúrgico resuelven de manera satisfactoria estos padecimientos y sus complicaciones.

005 **TV-026****TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ACALASIA POR VÍA LAPAROSCÓPICA**Lozano DG, Montoya RJ, Oviedo MV, Gil Ortiz MR, Aguilar SO, Hidalgo BG
Hospital Ángeles del Pedregal.

Durante la última década la cirugía de mínima invasión ha reemplazado a la cirugía abierta en el tratamiento de la acalasia, este abordaje

da resultados similares a la cirugía convencional pero con estancia hospitalaria corta, dolor postoperatorio mínimo y retorno rápido a las actividades normales del paciente. La cardiomiomínia de Heller complementada con un método antirreflujo es el procedimiento de elección para esta patología. **Objetivo:** Demostración de la técnica quirúrgica laparoscópica en el tratamiento de la acalasia en vídeo. **Material y método:** Se operaron dos pacientes 22 y 25 años de edad a los que se les practicó serie esófago gastroduodenal, manometría esofágica y endoscopia con tres sesiones de dilatación esofágica previas con pobre respuesta al tratamiento. A ambos pacientes se les practicó cardiomiomínia tipo Séller con funduplicatura posterior tipo Guarner. La miomínia quirúrgica es una eficaz alternativa al tratamiento de la acalasia, especialmente en pacientes jóvenes o ante la recidiva posterior a la dilatación y debe de ser considerada como el tratamiento primario de esta enfermedad.

006 TV-030

TÉCNICA DE RECTOPEXIA POSTERIOR POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Mondragón SA, Reyes PD, Alvear NM, Alcántara TVM, Mondragón SR
Servicio de Cirugía Endoscópica, Centro Médico ISSEMYM.

Introducción: El prolusio rectal es una enfermedad relativamente común en nuestro medio que ocasionalmente amerita tratamiento quirúrgico. Los tres procedimientos más frecuentemente utilizados actualmente son resección anterior con o sin rectopexia, fijación transabdominal sin resección y proctosigmoidectomía perianal. La rectopexia posterior por vía laparoscópica ha demostrado ser un método efectivo y seguro, cuyos resultados se comparan con el procedimiento convencional, agregando las ventajas de cirugía endoscópica. **Presentación del caso:** Femenino de 16 años de edad, con antecedente de importancia estreñimiento crónico. Refiere 5 meses de evolución con presencia de protrusión rectal, con sangrado ocasional a la defecación, además de pujo y moco. A la exploración física anal se detectó prolusio rectal de 4-5 cm, esfínter anal dilatado e hipotónico. La anoscopia demostró lesiones de mucosa cercanas a línea dentada. La biopsia reportó proctitis crónica moderada inespecífica y edema de lámina propia, con hiperplasia del tejido linfóide. Se programó para rectopexia posterior por laparoscopia sin complicaciones trans y postoperatorias, con evolución postoperatoria satisfactoria, siendo egresada al 4º día de estancia intra-hospitalaria. Actualmente sin evidencia de prolusio, canal anal cerrado, esfínter con disminución leve de tono. En este video se demuestra la técnica de rectopexia por laparoscópica, el cual es una opción de tratamiento aceptado, con cuatro a seis puntos a la fascia presacra. **Conclusiones:** La rectopexia por vía laparoscópica es una técnica efectiva, con buena visibilidad, mínimo sangrado y buenos resultados para el tratamiento quirúrgico de prolusio rectal.

007 TV-031

MANEJO DE LA ÚLCERA DUODENAL PERFORADA CON CIRUGÍA ENDOSCÓPICA INTEGRAL

Alvarado AHA, Moreno PM, Palacios RJA, Pereira GFE, Rojano ME, González L
Unidad de Cirugía Endoscópica del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Hospital "Médica Sur", México DF.

En el pasado, el cierre primario con parche de epiplón para la úlcera duodenal perforada no era efectivo dada la alta incidencia de recurrencia de la úlcera (42%), por lo que se preferían técnicas quirúrgicas definitivas para la reducción del ácido como antrectomía, vagotomía, etc. Debido a la reciente asociación de *Helicobacter pylori* con úlcera péptica y la eficacia de los nuevos inhibidores de bomba, es cada vez más raro que se utilice alguna cirugía definitiva. Actualmente el cierre primario de la perforación con parche de epiplón está siendo la alternativa quirúrgica más inmediata. Con la supresión efectiva del ácido por los nuevos medicamentos y el control endoscópico que permite la erradicación del *Helicobacter pylori*, prácticamente se ha encontrado una solución efectiva para este padecimiento. La reparación laparoscópica permite realizar la misma técnica que la cirugía abierta, pero con los beneficios de la mínima invasión. Presentamos el caso de una paciente de 51 años que acudió a urgencias con abdomen agudo, biometría 21,000 leucocitos y fiebre. Se realiza cierre de perforación duodenal

con parche de epiplón, limpieza de cavidad y colocación de drenajes. Buena evolución y alta en 3 días. Nuestro grupo considera esta técnica de mucho beneficio para el paciente, en ella incluimos la endoscopia digestiva transoperatoria como una herramienta útil para asegurar el cierre de la perforación, así como el diagnóstico. Presentamos un video de esta técnica con el concepto de cirugía endoscópica integral.

008 TV-034

TÉCNICA DE LIGADURA ENDOSCÓPICA DE VENAS PERFORANTES

Hinojosa CA, Anaya E

Servicio de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México DF.

Introducción: La ligadura subfacial de venas perforantes ha demostrado su utilidad, en pacientes con insuficiencia venosa crónica clase 6. Logrando la cicatrización efectiva en un 80% de los pacientes con úlcera venosa crónica. **Material y métodos:** Presentamos la técnica video asistida para ligadura subfacial de venas perforantes. En el Instituto se emplea desde 1997; llevándose a cabo en 87 pacientes, con problemas de úlcera crónica refractarias a tratamiento clase 5 ó 6. Se describe la técnica quirúrgica, a través de una incisión transversa de 10 mm se introduce un trócar donde se insufla CO₂ para crear el espacio de trabajo y con una lente óptica de 0º se realiza disección roma hasta liberar espacio para introducir un puerto de trabajo de 5 mm, donde se introducen instrumentos para realizar una disección adecuada del espacio subfacial y al identificar las ramas del sistema perforante se seccionan con el bisturí armónico. Se muestran los pasos del procedimiento endoscópico y el resultado después realizar la sección de la facia paratibial para descomprimir el compartimiento posterior profundo. **Resultados:** Se ha operado a 87 pacientes, el resultado es satisfactorio en 86% de los casos, con morbilidad baja, de acuerdo a la curva de aprendizaje el tiempo operatorio progresivamente a disminuido hasta ser de menos de 1 h en la actualidad. **Conclusiones:** El procedimiento se puede realizar en forma segura y efectiva, tiene ventajas sobre los procedimientos tradicionales que requieren de incisiones extensas, con mayor morbilidad.

009 TV-035

RETIRO DE BANDA GÁSTRICA POR LAPAROSCOPIA. COMPLICACIONES DE LA BANDA GÁSTRICA

Jonguitud V, Cosme C, Cohen S, Mussan G
American British Cowdray Medical Center IAP.

La colocación de banda gástrica por laparoscopia ha ido creciendo en popularidad en muchos centros hospitalarios a nivel mundial. Este procedimiento está ampliamente reconocido y aceptado en Europa y Australia, y hace aproximadamente un año fue autorizado el uso de la LAP-BAND por la FDA en EUA. Esta cirugía es la que se realiza con mayor frecuencia para el tratamiento de la obesidad mórbida. Existen complicaciones tempranas y tardías del procedimiento como desplazamiento del reservorio, ruptura del catéter, infección de heridas, obstrucción de estoma, prolusio gástrico, erosión de la banda gástrica hacia el lumen y dilatación del esófago, y del segmento gástrico proximal. Artículos internacionales publican porcentajes de erosión de la banda gástrica que oscilan del 0.3% al 4.6%. Presentamos un caso de erosión de banda gástrica que se retiró por laparoscopia. Se trató de un paciente masculino de 43 años de edad, a quien se colocó una banda gástrica del tipo sueco hace tres años y medio, con esto redujo su peso en 33 kg aproximadamente y su índice de masa corporal disminuyó de 50 a 40 kg/t2. Presentó infección de catéter y de reservorio que se manejó con analgésicos y antibióticos. Se realizó endoscopia, con el hallazgo de protrusión de la banda hacia el lumen gástrico. Se dejó erosionar la banda gástrica por 6 meses más para intentar retirarla por endoscopia, pero esto no fue posible por lo que se decidió retirarla por laparoscopia, realizando gastrotomía y extracción de la banda gástrica por sitio de introducción del trócar. La evolución fue satisfactoria.

010 TV-036

CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN EN LA RESOLUCIÓN DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Trabajos en vídeo

Díaz CPCM, Campos CC, Espino CH, Meza JS, Pérez CR
Hospital General de México OD.

Objetivo: Presentar el abordaje laparoscópico en la resolución del pseudoquiste pancreático con cistogastroanastomosis. **Diseño:** Serie de casos. **Sede:** Hospital de tercer nivel de atención médica. **Presentación de casos:** Se reportan seis pacientes (4 masculinos y 2 femeninos) con evidencia tomográfica de pseudoquiste pancreático, como complicación de pancreatitis aguda o crónica, manejada inicialmente en forma conservadora, que no se resolvió durante las primeras seis semanas y que fueron mayores de seis centímetros, con dolor epigástrico importante. El abordaje quirúrgico en todos los casos fue con técnica laparoscópica realizando cistogastroanastomosis. La endoscopia de control se realizó a las tres semanas del postquirúrgico, verificando permeabilidad de la anastomosis. La tomografía computada se efectuó a los tres meses, mostrando resolución del pseudoquiste. Durante el tiempo de seguimiento (promedio: 4 años) ninguno ha desarrollado complicaciones inherentes al procedimiento. **Conclusiones:** La experiencia de grupo y el apoyo tecnológico permiten estos abordajes con mínima invasión y resolución eficiente. Siendo una excelente alternativa del tratamiento quirúrgico para el pseudoquiste pancreático.

011 TV-042

EXTRACCIÓN GASTROSCÓPICA DE LA MIGRACIÓN DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

Orozco AMO, Juanche M, Fregoso AJM, Sereno TS
Hospital San Javier. Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La migración de la banda gástrica ajustable es una complicación que puede presentarse temprana o tardíamente. **Objetivo del estudio:** La migración no requiere terapia inmediata y puede ser tratada con seguridad endoscópicamente. **Informe del caso:** Presentamos el caso de femenina de 34 años de edad que presentó migración de banda gástrica a los 11 meses postquirúrgicos con pérdida de 30 kg hasta ese momento. El procedimiento de extracción gastroscópica de la migración de banda intragástrica puede realizarse bajo sedación y analgesia sin intubación, puede ser tratada endoscópicamente, es necesario que exista por lo menos un 50% de migración, que se logre manipular en alguna área de la banda migrada su parte interna y externa y, que, preferentemente se encuentre migrada la porción del cierre de seguridad. Enseguida, bajo visión endoscópica se pasa una funda de litotriptor mecánico con asa de alambre de acero delgado, el cual se pasa por un extremo de la banda y con un asa de polipectomía se toma el otro extremo para lograr rodearlo en toda su circunferencia; una vez montado el litotriptor mecánico, se activa para que progresivamente cierre el alambre hasta lograr su sección total. El siguiente paso es la desconexión y remoción del tambor o reservorio bajo anestesia local. Finalmente, la banda y tubo se extraen oralmente. **Resultados:** Este procedimiento puede llevarse a cabo fácilmente si cumplen los requisitos mencionados anteriormente. **Conclusión:** Este es un método menos invasivo y de menor riesgo y que permite obtener los mismos resultados.

012 TV-043

LINFADENECTOMÍA PÉLVICA LAPAROSCÓPICA

Orozco AMO, Juanche M, Fregoso AJM, Sereno TS
Hospital San Javier. Guadalajara, Jalisco.

Antecedentes: La linfadenectomía pélvica tiene como objetivo determinar directamente la estadificación de cáncer de próstata, vejiga, pene y uretra, así como la presencia o ausencia de nódulos linfáticos para definir el tratamiento y emitir un pronóstico a largo plazo. **Objetivo del estudio:** Demostrar la utilidad de la cirugía endoscópica como la abierta, pero con menor morbilidad para la estadificación del cáncer de próstata. **Informe del caso:** Paciente de 62 años edad que presenta antígeno prostático específico de 20 ng/ml, estadio B2 y grado 7 de Gleason. Es sometido a linfadenectomía por vía laparoscópica. **Resultados:** Del total de ganglios extraídos, el 40% fueron positivos. No hubo complicaciones trans y postoperatorias. **Conclusión:** Lo anterior sugiere que la estadificación con abordaje laparoscópico es útil en el tratamiento de elección de pacientes con mayor riesgo de infiltración ganglionar.

COLON Y RECTO

013 TV-002

PRESERVACIÓN NERVIOSA EN LA RTM PARA EL CÁNCER RECTAL BAJO EN UNA PACIENTE FEMENINA

Leroy J, Henri M, Arenas M, Marescaux J
IRCAD/EITS, Université Louis Pasteur, Strasbourg, Francia.

Antecedentes: La resección total de mesorrecto (RTM) con preservación nerviosa requiere de una disección cuidadosa. Las tasas de disfunción sexual y urinaria varían del 10%-60%. **Objetivo:** El objetivo es mostrar un video de la técnica de preservación nerviosa en la RTM en una paciente femenina con un tumor rectal bajo. Se muestra el abordaje vascular, la identificación de los plexos nerviosos, así como la disección y sección del colon y el recto preservando los esfínteres.

Resultados: Se muestra la resección oncológica de un tumor rectal bajo. Se inicia con la disección vascular, después se continúa en un plano posterior y medial para seguir en forma lateral disecando el espacio entre la fascia propia y la fascia parietal del recto utilizando un instrumento monopolar alternando el lado izquierdo y el derecho del recto hasta liberarlo completamente. Posteriormente se libera el ángulo esplénico. Se continúa con la parte externa del ano realizando la mucosectomía, respetando los esfínteres. Se realiza en forma externa el reservorio en J por medio de una engrapadora lineal y se reintroduce el colon para terminar la cirugía con una anastomosis colo-anal. **Conclusiones:** La RTM es el tratamiento ideal para los tumores del recto. Una magnificación de la imagen, así como una disección sistemática y la identificación de las estructuras, puede ayudar a preservar los plexos nerviosos y disminuir las tasas de disfunción sexual y urinaria.

014 TV-011

RESERVORIO ILEOANAL EN COLITIS CRÓNICA INESPECÍFICA PRESERVANDO LA ZONA DE TRANSICIÓN ANORECTAL

López GS, García CG, Cisneros CVH
Hospital Regional PEMEX Cd. Madero.

Introducción: La proctocolectomía con reservorio ileoanal, es el procedimiento "ideal" en CUCI, la incontinencia nocturna puede ser mayor del 50 por ciento en los pacientes con mucosectomía de transición anorrectal. La anastomosis con doble línea de grapas preservando esta zona mejora dicha complicación. **Objetivo:** Revisar aspectos técnicos de la proctocolectomía con reservorio ileoanal sin mucosectomía en un paciente con CUCI de larga evolución. **Material y métodos:** Trabajador de 42 años con CUCI de 16 años de evolución, displasia leve en recto-sigmaoide, formaciones polipoideas hasta transverso recibió apoyo nutricio preoperatorio, se efectuó proctocolectomía con reservorio manual en "J" de 12 a 15 cm, con enterotomía apical a 5 cm, el corte distal fue a 2 cm de la línea dentada preservando mucosa de transición anorrectal, anastomosis con engrapadora circular de 21 mm, drenaje de succión cerrada e ileostomía lateral protectora, sonda nasoeyunal para apoyo nutricional mixto. **Resultado:** Tiempo quirúrgico 5 h, sangrado 500 cc, estancia hospitalaria 12 días, evolucionó con fiebre durante 5 días sin detectar colección pélvica, Rx sin fuga reporte histopatológico: CUCI con displasia grave. **Conclusiones:** Preservar la mucosa de transición anorrectal mejora la incontinencia puede incrementar el potencial de recidiva de CUCI hasta en 22 por ciento siendo sintomáticos sólo el 14 por ciento, la displasia focal es menor del 0.9 por ciento, no se recomienda en poliposis familiar, tiene menor morbilidad que la mucosectomía, la cual a menudo es incompleta.

015 TV-017

ANASTOMOSIS PRIMARIA EN ENFERMEDAD DIVERTICULAR COMPLICADA DE COLON IZQUIERDO

Arenas MH, Arenas MD, Munguía TD, Ruiz CHI, Anaya PR, González OA
Unidad de Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jal.

Antecedentes: La enfermedad diverticular complicada es un padecimiento emergente, con una incidencia en franco ascenso cuya pre-

sentación clínica puede ser dramática y en ocasiones difícil de diagnosticar. **Objetivo:** Presentación de un caso ilustrativo de enfermedad diverticular complicada en un hombre joven tratada con resección y anastomosis primaria, y abdomen abierto contenido con malla ajustable tipo Wittmann. **Presentación del caso:** Masculino de 28 años de edad, presenta de manera súbita dolor abdominal bajo, progresivo asociado a distensión náusea, diarrea y fiebre. Con 72 horas de evolución es intervenido en su lugar de origen por supuesta apendicitis aguda. Se practica apendicectomía incidental ya que ésta era sana, sólo se observó líquido citrino purulento abundante. No se encontró evidencia de perforación de víscera hueca. Al tercer día del postoperatorio sufre cuadro de bacteremia y reaparecen signos de abdomen agudo. Enviado para tratamiento a este grupo médico donde la revisión de una tomografía computarizada previa a la primera intervención demostró aire libre e inflamación de sigmoídes y su mesenterio. Se realizó en la primera reintervención lavado de cavidad y colocación de parche de Wittmann. Al tercer día se reinterviene por infección residual, al no demostrar perforación intestinal, incluso descartada por colonoscopia transoperatoria, pero con signos clínicos de inflamación sigmoidea se procedió a la resección y anastomosis primaria con técnica de doble engrapado. Se reinterviene para lavado programado de cavidad y revisión de anastomosis en forma programada al 4º día sin evidencia de complicación alguna en la anastomosis y finalmente cinco días después de esta reintervención se somete a reconstrucción de la pared con malla dual-polietetrafluoroetileno ante la imposibilidad de alcanzar cierre sin tensión de la pared. **Conclusiones:** El video ilustra claramente paso a paso estos eventos, denotando la importancia que adquiere el manejo primario del tránsito intestinal bajo con anastomosis aun en territorios comprometidos por infección secundaria. Ilustra también las ventajas del manejo de cavidad con abdomen abierto contenido para evitar la hipertensión del compartimiento abdominal y la vigilancia de una anastomosis baja. También es necesario subrayar el manejo integral de una infección grave del abdomen, erradicando el foco, nutrición parenteral apropiada, reinstalación del tránsito bajo y reconstruyendo la pared abdominal en la misma hospitalización; evitando colostomía y reconstrucción tardía.

016 TV-027

MALFORMACIONES ANORRECTALES EN EL ADULTO. ANORECTOPLASTÍA SAGITAL POSTERIOR

Martínez HMP, Villanueva SE, Martínez HMN, Martínez SN
Servicio de Cirugía de Colon y Recto. HE CMN SXXI IMSS.

Introducción: Las malformaciones anorrectales son raras y se reporta una incidencia de 1 caso por cada 5,000 nacidos vivos, la mayoría son diagnosticadas en la infancia, sin embargo algunos pacientes pueden llegar a adultos con alguna malformación. **Objetivo:** El cirujano colorrectal no está familiarizado con este tipo de patología comúnmente tratada por el cirujano pediatra, por lo que este tipo de pacientes adultos es comúnmente relegado a la realización de un estoma, sin embargo se pueden beneficiar por medio de este abordaje. Se presenta un caso tratado por este medio. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 21 años, la cual es enviada con diagnóstico de ano imperforado. Con antecedente de un embarazo resuelto por cesárea. Refiere antecedente desde su nacimiento con evacuaciones por vagina, incontinencia fecal, cervicovaginitis e infecciones urinarias de repetición. A la exploración física se encuentra la evidencia de malformación anorrectal con fistula rectovestibular, y el centro del esfínter en perineo sin presencia de conducto anal, la paciente presenta adecuado perineo y sacro bien formado, se inician estudios solicitándose proctograma, el cual identifica un recto con adecuada morfología, pero con apertura fuera del complejo muscular, TAC sin evidenciar alguna otra malformación abdominal. Se sugiere tratamiento quirúrgico. Se realiza anorrectoplastía sagital posterior logrando separar el recto de su pared común con la vagina, y por medio de electroestimulación colocar el recto en el centro del esfínter y del complejo muscular, y aproximar el cuerpo perineal con lo que se separa el recto de los genitales. La paciente se encuentra con adecuada evolución y refiere adecuada continencia. **Conclusiones:** El abordaje sagital posterior es una adecuada opción para los pacientes adultos con malformación anorrectal.

017 TV-028

TUMOR RETRORRECTAL. ABORDAJE SAGITAL POSTERIOR

Villanueva SE, Martínez HMP
Servicio de Cirugía de Colon y Recto. HE CMN SXXI IMSS.

Introducción: También llamados tumores presacros, son tumores poco frecuentes localizados en el espacio retrorrectal, pueden tener múltiples orígenes (congénitos, neurógenos, óseos, etc). Pueden presentarse a cualquier edad y en ambos sexos. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con un tumor retrorrectal, el cual fue resecado por medio de un abordaje sagital posterior debido a su rareza y se propone este procedimiento como una forma de abordaje segura. **Presentación del caso:** Paciente de 26 años de edad, la cual refiere que posterior a caída comienza con dolor en región sacra, sensación de pujo y tenesmo rectal, por lo que acude a valoración en su HGZ, indicándose antiinflamatorios, posteriormente inicia con salida por ano de material purulento motivo por el cual se realiza proctograma encontrando lesión fistulizada al recto en el espacio retrorrectal, se realiza resonancia magnética que corrobora el diagnóstico, la paciente posteriormente es intervenida en 2 ocasiones por abordajes perineales sin poder resecar la lesión, enviada al servicio se realiza US endorrectal y se propone tratamiento quirúrgico, se realiza abordaje sagital posterior removiendo por completo la lesión y reparando el trayecto fistuloso, la paciente evoluciona satisfactoriamente, con mejoría de los síntomas y adecuada continencia. **Conclusiones:** El abordaje sagital posterior puede ser una vía adecuada para abordar los tumores presacros o retrorrectales.

018 TV-029

RECTOSIGMOIDECTOMÍA PERINEAL. (PROCEDIMIENTO DE ALTEMEIER)

Villanueva SE, Martínez HMP, Peña REJP
Servicio de Cirugía de Colon y Recto. HE CMN SXXI IMSS.

Introducción: El prolusión rectal completo es más frecuente en edades extremas de la vida y afecta en mayor proporción a pacientes del sexo femenino, en adultos. El prolusión indica una disfunción generalizada del piso pélvico y se divide en interno y externo, el prolusión externo puede ser mucoso o completo cuando protruyen todas las capas del recto. **Objetivo:** Existen más de 100 procedimientos para tratar este problema, lo que indica que aún no hay una cirugía considerada como el estándar de oro. Los procedimientos se pueden dividir en abdominales y perineales, los procedimientos perineales se encuentran indicados para pacientes con alto riesgo quirúrgico. Se presenta un caso tratado por abordaje perineal por medio del procedimiento de Altemeier, el cual puede ser benéfico en el tratamiento de los pacientes con riesgo quirúrgico elevado. **Presentación del caso:** Paciente de 76 años de edad, multípara, con antecedentes de infartos antiguos, con padecimiento de 4 años de evolución con presencia de masa anal, pujo, tenesmo e incontinencia anal, refiriendo que los síntomas se incrementaron hasta presentar salida total del recto. Evaluada en el servicio se realizan estudios complementarios de fisiología anorrectal (us endoanal, manometría y emg) y en protocolo quirúrgico, al ser evaluada por medicina interna se otorga riesgo qx elevado ASA III, Goldman III por lo que se decide realizar el tratamiento quirúrgico por abordaje perineal. Se realiza rectosigmoidectomía perineal sin complicaciones, siendo egresada al 6º día de postoperatoria. **Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico del prolusión rectal plantea un problema de decisión para el cirujano, los procedimientos perineales pueden ser utilizados en pacientes con riesgo quirúrgico elevado y que no son candidatos a cirugía abdominal.

ESÓFAGO

019 TV-004

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LOS TUMORES BENIGOS DEL ESÓFAGO

Gálvez VR, Mendoza RA
Hospital Ángeles de León.

Trabajos en vídeo

Antecedentes: El uso de las técnicas de invasión mínima permiten el tratamiento de los tumores benignos del esófago ofreciendo ventajas sobre las técnicas convencionales. El objetivo de esta comunicación es describir la toracoscopia derecha y laparoscopia para tratar los tumores benignos del tercio medio y distal del esófago, respectivamente. **Material y métodos:** Caso 1. Varón de 50 años con dolor retroesternal progresivo y pérdida de peso. Caso 2. Mujer 56 años con disfagia, dolor retroesternal y pérdida de peso, en ambos casos se realizó el diagnóstico de tumor extramucoso del esófago. *Toracoscopia derecha* (Caso 1). El paciente es abordado con cuatro trócares y una vez que se identifica la vena ácigos accedemos al tumor abriendo la capa muscular del esófago, nos facilita la enucleación colocando riendas para tracción, una vez terminada la resección, verificamos la integridad de la mucosa endoscópicamente. *Laparoscopia* (Caso 2). Se aborda el tumor al abrir el hiato en su cara anterior, el tumor es enucleado en su totalidad y en todo momento es verificada endoscópicamente la integridad de la mucosa, cerramos la brecha muscular del esófago con puntos sueltos. **Resultados:** A las 24 horas del postoperatorio se verificó con bario la no existencia de fugas, ambos pacientes fueron dados de alta a las 72 horas. **Conclusiones:** Con la cirugía endoscópica se pueden tratar los tumores benignos del esófago, si la lesión se localiza en el tercio medio se efectuará un abordaje toracoscópico derecho y si se localiza en el tercio inferior un abordaje transhiatal laparoscópico.

020 TV-022

REGRESIÓN DEL ESÓFAGO DE BARRETT POSTERIOR A FUNDUPPLICATURA TIPO NISSEN LAP. : UNA REALIDAD

Arenas MH, González OA, Anaya PR, Munguía TD, Arenas MD, Ruiz CHI
Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara Jalisco.

El esófago de Barrett (EB) se define por la aparición endoscópica de mucosa columnar de cualquier tamaño en el esófago distal que muestra histológicamente metaplasia intestinal. Es complicación de un excesivo reflujo de jugo gástrico al esófago distal con transformación del epitelio escamoso normal del esófago a un epitelio columnar especializado. La presencia de EB lleva a un enorme incremento del riesgo de adenocarcinoma esofágico comparado con controles. Es comúnmente aceptado que una vez establecido el EB raramente presenta regresión. La evidencia histológica de metaplasia intestinal es considerada esencial en el EB, y la metaplasia intestinal se conoce como un epitelio premaligno. Por lo tanto se requiere la presencia de metaplasia intestinal para el diagnóstico de EB. En publicaciones recientes que evalúan los resultados a largo plazo de los procedimientos anti-reflujo en pacientes con EB se ha demostrado que hasta un 20% pierden la metaplasia intestinal y significativamente un 50% a 60% muestra regresión de la displasia de bajo grado. Por otro lado los procedimientos antirreflujo producen regresión histopatológica de la metaplasia intestinal en más de un tercio de pacientes con un segmento visible de EB. **Objetivo del estudio:** Presentar un caso de regresión del EB posterior a cirugía anti-reflujo. **Material y métodos:** Presentamos en video el caso de un masculino de la quinta década de la vida a quien hace 3 años le diagnostican EB tratado durante año y medio con IBP con poca mejoría, se muestra una endoscopia antes del tratamiento quirúrgico. Hace 9 meses se le realiza funduplicatura tipo Nissen Lap sin complicación alguna, evoluciona satisfactoriamente, actualmente sin disfagia, sin medicamentos, en la última endoscopia de control se puede observar una mejoría importante. **Conclusiones:** Si la cirugía antirreflujo puede llevar a la pérdida de una metaplasia o displasia intestinal sus implicaciones clínicas son muy significativas. La regresión del EB puede ocurrir más probablemente después de una cirugía antirreflujo que de tratamiento médico. También queremos refutar la idea de que el EB no cambia una vez establecido, así como dejar atrás la creencia de que el epitelio de Barrett no tiene regresión. Por otro lado es importante tener un seguimiento a largo plazo.

HERNIAS

021 TV-015

HERNIA INGUINAL RECIDIVANTE MANEJADA CON TÉCNICA DE LICHENSTEIN ABIERTA

Anaya P, Arenas MH, González OA, Arenas MD, Munguía TD
Cirugía y Nutrición Especializada.

El proyecto de la hernioplastía libre de tensión se inició en 1984 en el Instituto de Hernias de Lichtenstein. El método consiste en un reforzamiento completo del piso del canal inguinal mediante una malla y la creación por medio de ésta de un nuevo anillo interno. Las reparaciones libres de tensión de la hernia inguinal han sido utilizadas ampliamente en los últimos 10 años y se han convertido rápida y progresivamente en sustituto de las operaciones tradicionales. Está documentada su efectividad y bajo índice de recurrencia. Por lo tanto la hernia recurrente debería ser un problema menos común. Sin embargo, actualmente muchos cirujanos utilizan hernioplastías tradicionales y la recidiva de la hernia después de una reparación convencional puede ocurrir hasta en un 25%. **Objetivo del estudio:** Demostrar la importancia de la hernioplastía libre de tensión como técnica de elección en la plastía inguinal por hernia recidivante. **Material y método:** Presentamos el video de un masculino de la sexta década de la vida, comerciante, a quien hace 4 años le realizaron plastía inguinal derecha abierta a tensión sin malla, la cual recidió a los 3 meses del postquirúrgico posterior a la realización de un esfuerzo. El video demuestra los diferentes pasos del abordaje quirúrgico y los pasos fundamentales para la aplicación de la malla con el fin de evitar complicaciones. **Conclusiones:** Por décadas es bien sabido entre cirujanos que la tensión es el "azote" de todos los cierres quirúrgicos. Actualmente la hernioplastía abierta libre de tensión tipo Lichtenstein debe ser considerada como el estándar de oro para la hernioplastía inguinal.

HÍGADO Y VÍAS BILIARES

022 TV-008

COLECISTECTOMÍA TOTAL ABIERTA MÍNIMA INVASIÓN DE 2 CM

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

Antecedentes: La colecistectomía es la cirugía abdominal más frecuentemente realizada. La vía laparoscópica es el "Estándar de Oro" en la actualidad. En cambio la cirugía abierta de 10 a 20 cm, se realiza en los siguientes casos: Conversión de laparoscopia (2-18%) Riesgo Qx. Anestésico alto (> 65: 36%) Cirujanos sin entrenamiento en cirugía de mínima invasión (¿?) Preferencias del cirujano Z%)

Hospitales públicos (hasta en 50%)

Provocando mayores costos e incapacidad. Nosotros hemos desarrollado la técnica de mínima invasión, a través de una sola incisión de 2 cm. **Objetivo del estudio:** Demostrar que esta técnica es fácil de realizar tanto por un cirujano general como un hospital de segundo nivel.

Material y método: Se grabaron varias cirugías tanto con una videocámara de 8 mm para las maniobras externas, como con un laparoscopio de visión lateral para las maniobras internas, posteriormente se digitalizaron para mostrar en un solo video. **Resultados:** Hemos operado en los últimos 7 años más de 700 pacientes con excelentes resultados. Nuestra tasa de morbilidad menor es del 4.2% y de mortalidad 0.24%. **Discusión y/o Conclusiones:** Creemos que esta técnica es un complemento de la cirugía laparoscópica cuando hay necesidad de convertirla, en pacientes con enfermedades graves que impiden el uso del gas de laparoscopia o cuando queremos reducir costos sin aumentar la incapacidad del paciente. No necesita un entrenamiento especial y se puede llevar a cabo en cualquier hospital que tenga el instrumental de la cirugía abierta.

023 TV-025

LESIÓN DE VÍA BILIAR POST-COLECISTECTOMÍA ABIERTA. IATROGENIA EN LA EVALUACIÓN POST-COMPLICACIÓN

Arenas MH, González OA, Anaya PR, Munguía TD, Arenas MD, Ruiz CHI
Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara Jalisco.

La lesión iatrogénica de la vía biliar es la complicación más compleja como resultado de la colecistectomía. **Objetivo del estudio:** Presentar el caso de una lesión de vía biliar durante una colecistectomía, en el cual al evaluar la iatrogenia (CPRE) se perfora el duodeno. **Material y método:** Presentamos en video el caso de un masculino de la quinta década quien una semana posterior a cole-

cistectomía abierta desarrolla ictericia, dolor abdominal y fiebre, un día previo a su ingreso le realizan CPRE y posteriormente lo derivan a este servicio. Se recibe paciente chocado en malas condiciones generales, se somete a laparotomía de urgencia encontrando líquido libre en cavidad sero-bilio-purulento, perforación duodenal con infiltración retroperitoneal y ligadura de colédoco en tercio medio, se realiza reconstrucción de la vía biliar en Y de Roux y hepático yeyuno anastomosis término lateral, parche duodenal, sonda transyeyunal como férula al hepático y se extrae por contrabertura, se coloca sonda de gastroyeyunostomía y se realiza yeyuno-yeyuno anastomosis con engrapadora, y colocación de parche de Wittmann para una segunda revisión se deja tubo de Shirley a succión baja sobre el parche y sonda biliar transyeyunal a gravedad, además de catéter central para NPT. Se realiza revisión a las 72 h y lavado de cavidad encontrando anastomosis íntegras, se colocan drenajes tipo Penrose, se retira parche de Wittmann y se cierra pared. Se administra NPT por 8 días, a las 72 h se inicia alimentación vía yeyunostomía y la gastrostomía se deja abierta para descomprimir, se inicia vía oral al 5º día, evoluciona satisfactoriamente, es egresado al 11º día sin complicaciones. Conclusiones: 1) La lesión de la vía biliar no es detectada generalmente en el transoperatorio. 2) La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica para evaluar la lesión de la vía biliar puede causar perforación del duodeno lo que implica la necesidad de una cirugía de urgencia y en malas condiciones generales. 3) El manejo de este tipo de lesiones una vez sospechadas deben ser remitidas a centros de experiencia en el manejo de esta complicación.

INTESTINO

024 TV-016

ENFERMEDAD DIVERTICULAR DEL YEYUNO COMPLICADA CON HEMORRAGIA Y PERFORACIÓN. REPORTE DE UN CASO

González OA, Arenas MH, Anaya PR, Arenas MD

Unidad de Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jal.

Introducción: La mayor parte de los divertículos del intestino delgado tienen su origen en el yeyuno. Sin embargo, son infrecuentes, sólo se observan en menos del 7% de casos de autopsia. Generalmente cursan asintomáticos, sin embargo, pueden manifestarse como dolor abdominal, hemorragia y diarrea. La perforación es menos frecuente. **Objetivo:** Presentación de un caso de enfermedad diverticular del yeyuno complicada con hemorragia y perforación. **Caso clínico:** Mujer de 74 años de edad, con historia de coletirosis, hernia hiatal y enfermedad diverticular de colon manifestada como dolor y distensión. En mayo del 2002 presentó hemorragia de tubo digestivo requiriendo hemotransfusión. Se evaluó mediante panendoscopia y colonoscopia sin encontrar sitio de hemorragia. En agosto del mismo año desarrolló dolor agudo en el hipocondrio izquierdo con signos locales de irritación peritoneal. La biometría hemática demostró leucocitosis con bandemia y la tomografía computarizada contrastada engrosamiento del yeyuno proximal con extraluminización del contraste localizado todo en el hipocondrio izquierdo por lo que se interviene de urgencia y se encuentra a 15 cm del Treitz zona inflamación con un divertículo único en yeyuno perforado y sellado con asas vecinas y material purulento localizado. Se encontraron además 5 divertículos en los 50 cm proximales al Treitz. Se realizó resección intestinal de este segmento con anastomosis término-terminal. Recibió nutrición parenteral total 7 días y evolucionó satisfactoriamente. **Discusión:** El caso ilustra dos de las complicaciones más serias de los divertículos yeyunales. Especialmente llama la atención este caso, ya que ha presentado los tres padecimientos que conforman la triada de Saint. Sin poder precisar la existencia de alguna asociación, los divertículos yeyunales pueden adquirirse aun en presencia de enfermedad diverticular de colon, padecimiento muy frecuente en nuestro medio.

025 TV-018

CIRUGÍA FISIOLÓGICA DE TUBO DIGESTIVO EN SÍNDROME DE INTESTINO CORTO

Arenas MH, Anaya PR, González OA Arenas MD

Cirugía y Nutrición Especializada, Guadalajara, Jalisco.

Introducción: El síndrome de intestino corto es una entidad que pone en riesgo el estado nutricio y la salud. Requiere nutrición parenteral total (NPT) a largo plazo y un manejo dietético cuidadoso para ofrecer calidad de vida de estos pacientes. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente femenina de 47 años de edad sometida a resección intestinal masiva con un intestino remanente de 40 cm de yeyuno y que presentó como complicación absorción intestinal deficiente por reducción significativa de la superficie de absorción. **Resultado:** Manejo inicial con NPT y análogos de somatostatina a razón de 1.5 g proteína y 30 cal/kg/día por 40 días. Pese a tolerar dieta oral, fue imposible desatarla del apoyo endovenoso por reaparición de diarrea profusa y pérdida ponderal. Tres meses después se re-evaluó el caso por nosotros mediante colonoscopia ya que se desconocían detalles de la primera intervención. Se encontró, anastomosis yeyuno a colon ascendente en sentido latero-lateral con asa ciega de yeyuno y válvula ileocecal íntegra con 3 cm de ileón permeable y sano. Ante la presencia de válvula ileocecal se procedió a preparar con NPT preoperatoria y proceder a reinstalación fisiológica del aparato digestivo integrando a la superficie absorbiva el asa ciega, desmantelando la anastomosis latero-lateral y reinstalando con anastomosis yeyuno-ileal término-terminal, colecistectomía y apendicectomía. Recibió NPT continua, luego cíclica y al unísono dieta blanda alta en fibra y complemento peptídico, logrando retirar NPT, mantener peso estable y sólo 4 a 5 evacuaciones diarias con 50 cm de intestino y válvula ileocecal integrada al tránsito digestivo. **Conclusión:** Ante la resección masiva de intestino, debe mantenerse las estructuras que favorecen un adecuado tránsito digestivo. La NPT es indispensable para el manejo agudo y crónico en tanto se establece la adaptación a la reducida superficie absorbiva. El buen manejo del acceso endovenoso impide la aparición de infecciones relacionadas a NPT como aconteció en este caso.

026 TV-019

ENDOMETRIOSIS INTESTINAL. UN PROBLEMA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Anaya PR, Arenas MH, González OA, Arenas MD

Unidad de Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jalisco.

Introducción: Los implantes endometrióticos pueden afectar prácticamente cualquier parte de la economía corporal. Por la vecindad, el intestino delgado, colon izquierdo y la región ileocecal son susceptibles a presentar implantes que producen a la estimulación hormonal, inflamación y fibrosis provocando reducción de la luz intestinal e incluso obstrucción completa, que generalmente requiere resección local de los implantes o del segmento intestinal afectado. **Objetivo:** Presentar un caso tratado por trastornos del tránsito digestivo por este grupo quirúrgico. **Material y métodos:** Afección de ileón terminal. Paciente de 44 años de edad, soltera, con 1 año de evolución con dolor abdominal progresivo, difuso, tipo cólico asociado a náusea y vómito con distensión abdominal e incapacidad para canalizar gases y heces. Pese a múltiples estudios que incluyeron radiografías simples de abdomen, ultrasonidos, endoscopias bajas y tomografías, el cuadro evolucionó a obstrucción completa, a la laparotomía exploradora destacó una zona de engrosamiento de la pared de ileón a 5 cm de la válvula ileocecal, con obstrucción total de la luz, sin ganglios que se resecó en un segmento de 20 cm respetando la válvula ileocecal y anastomosis latero-terminal por la gran dilatación y engrosamiento de la pared del intestino proximal a la obstrucción (mismo diámetro que el colon). La evolución postoperatoria fue satisfactoria dada de alta al quinto día. **Conclusiones:** La endometriosis intestinal es una patología que se debe tener en mente como diagnóstico diferencial en mujeres en edad reproductiva que se presenten con cuadro de obstrucción intestinal.

NUTRICIÓN

027 TV-003

VENA CAVA SUPERIOR COMO ÚLTIMO RECURSO EN HIPERALIMENTACIÓN PARA TROMBOSIS VENOSA GENERALIZADA EN ESTADO DE HIPERCOAGULABILIDAD

Gómez HE, Talleri DAG, Rodríguez HN

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente

Trabajos en vídeo

Antecedentes: El abordaje inicial para colocar un catéter central con el fin de alimentar a un paciente por vía parenteral son las venas subclavias, seguidas por las yugulares y femorales. Sin embargo, en pacientes con hiperalimentación prolongada y trombosis venosa de los accesos vasculares más frecuentes, ya sea por múltiples punciones o enfermedades intrínsecas, es necesario buscar alternativas viables para colocar dicho catéter. **Objetivo del estudio:** Reporte de caso. Informe: Paciente masculino de 20 años de edad tabaquismo y alcoholismo de 5 años de evolución 20 cigarros diarios, consumo de marihuana y cocaína aislado. Fractura de tobillo y rótula a los 16 y 19 años, alérgico a vancomicina. Trombosis mesentérica nov. del 2001, posterior al cual se realiza yeyunostomía a 20 cm del Treitz con fistula mucosa de ileón a 10 cm de la válvula ileocecal. Reintervención quirúrgica para resección complementaria de colon y yeyuno. Antecedente posterior al evento mencionado de 9 colocaciones y retiro de catéter venoso central en subclavias, femorales, vena cava inferior y ácigos para nutrición parenteral. Múltiples hospitalizaciones por sepsis de catéter. Diagnóstico de síndrome antifosfolípido, con deficiencia de antitrombina III, que condiciona problema intrínseco. Venografías repetidas reportan trombosis de venas subclavias, yugulares, femorales y cava inferior, con trombosis de catéter en vena ácigos. El paciente es programado finalmente para retiro de catéter en vena ácigos y colocación de catéter central en vena cava superior de manera quirúrgica mediante toracotomía. **Resultados:** Se coloco catéter central tipo Hickman vía toracotomía derecha dentro de la vena cava superior por punción, fijación interna con polipropileno 000. **Discusión/Conclusiones:** La colocación de catéter central vía toracotomía en la vena cava superior es una de las últimas opciones como vía de alimentación parenteral total en pacientes cuyos accesos vasculares se encuentran ocluidos o no son viables.

028 TV-005

EXTRACCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL POR VENA FEMORAL DERECHA, POSTERIOR A MIGRACIÓN A VENA CAVA INFERIOR

Gómez HE, Casillas CL, Camacho PC, Arenas QR, Talleri DAG, Ochoa AM
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente

Antecedentes: El establecimiento de un acceso a la circulación mediante agujas y catéteres es un paso esencial para el monitoreo y el tratamiento de los pacientes en estado crítico y en aquellos pacientes cuya enfermedad así lo amerite. Las indicaciones para catéteres intravenosos con extremos de localización central son entre otras el monitoreo de la presión venosa central, infusión prolongada de soluciones hipotónicas e hipertónicas, la necesidad de cateterización intravenosa prolongada, ausencia de venas superficiales periféricas accesibles, etc. **Objetivo:** Presentación de caso. Presentación: El presente caso trata de paciente femenina de 24 años de edad portadora de síndrome de intestino corto secundario a perforaciones intestinales múltiples por *Aspergillus*, actualmente cuenta únicamente con 50 cm de intestino y la mitad del colon izquierdo, reinstalada con entero enterostomía terminal-yejuno colónica. Por tales motivos la paciente se está manejando con nutrición parenteral total ambulatoria, así como dieta polimérica vía oral. Como complicaciones esperadas del tratamiento está la sepsis del catéter venoso central utilizado para el apoyo nutricio endovenoso. Durante la extracción de un catéter venoso central del tipo Portocath en dicha paciente el catéter se seccionó y migró repentinamente hacia la vena cava inferior, lo cual se diagnosticó con una placa simple de tórax, posteriormente se llevó a la paciente a sala de hemodinamia de donde fue extraído vía femoral derecha con técnica de Seldinger, sin complicaciones. **Conclusión:** Es posible extraer cuerpos extraños exitosamente mediante cateterismo en sala de hemodinamia.

029 TV-020

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO AGRESIVO Y APOYO NUTRICIONAL EN LA ENFERMEDAD DE FOURNIER

González OA, Arenas MH, Anaya PR, Arenas MD, Ruiz CHI, Munguía TD
Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jalisco.

Es importante la distinción clínica entre infección de tejidos blandos necrotizante y la no necrotizante. Los pacientes con infección de teji-

dos blandos no necrotizante responden rápidamente a la terapia antibiótica, mientras que los pacientes con infección de tejidos blandos necrotizante requieren debridación quirúrgica urgente. La infección de tejidos blandos necrotizante es una rara infección y potencialmente letal del tejido subcutáneo, fascia o músculo que es caracterizada por una extensa, rápida y progresiva necrosis que involucra secundariamente a la piel. La mayoría de los pacientes tienen un inicio agudo de síntomas y un curso clínico fulminante. Los pacientes frecuentemente tienen toxicidad sistémica caracterizada por taquicardia, hipotensión y un estado mental alterado que puede culminar en choque séptico, falla orgánica múltiple y muerte. **Objetivo del estudio:** Demostrar la importancia de una debridación amplia acompañada de un apoyo nutricional temprano en el paciente con enfermedad de Fournier. **Material y método:** Presentamos en video el caso de un masculino de la quinta década de la vida, agricultor quien presentaba de 15 días de evolución absceso perianal manejado con antibióticos IM, tres días previos se le había realizado drenaje quirúrgico del absceso, pero el paciente no evolucionó de manera satisfactoria. Recibimos al paciente en muy malas condiciones generales, en franco choque séptico. De inicio se ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos para estabilizar su estado hemodinámico, horas después se pasa a quirófano donde se realiza en un solo evento quirúrgico drenaje de absceso isquierdocal, debridación y empaquetamiento, además de colostomía terminal con fistula mucosa, colocación de catéter venoso central para apoyo nutricional temprano y monitoreo hemodinámico, también se deja catéter peridural para analgesia postoperatoria. Posteriormente se inicia nutrición parenteral, la cual continuó por 12 días, permaneció en la UCI por 4 días, en dos ocasiones se realizó aseo quirúrgico con debridación, ya fuera de la UCI se realizaba aseo en cama cada 24 h, evolucionó satisfactoriamente y lograda su estabilidad, es egresado a su domicilio. **Conclusiones:** Una debridación quirúrgica agresiva urgente y posteriores debridaciones hasta dejar tejido sano junto con una colostomía derivativa, además de un apoyo nutricional temprano son factores determinantes en la evolución y tratamiento de la enfermedad de Fournier.

PÁNCREAS

030 TV-013

PANCREATITIS AGUDA SEVERA ¿CUÁNDO OPERAR?

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

Antecedentes: La pancreatitis aguda severa tiene mortalidad del 25%. Su fisiopatología sigue sin comprenderse completamente. **Objetivo del video:** Demostrar ingreso tardío del paciente con diagnóstico de pancreatitis aguda y complicaciones, así como el momento oportuno del Tx quirúrgico. **Informe del caso:** Femenino 35 años, tres meses evolución y Dx de CCL, cólico hipocondrión derecho, epi y mesogastrio 8/10, abdomen globoso, Murphy, ingresa 24-11-02 para protocolo de estudio, concluyéndose siguiente diagnóstico: Colecistitis litiasica crónica agudizada, amilasa 2,005, lipasa 21,502, bilirrubinas normales, TAC abdomen, reportando páncreas aumentado de tamaño cuerpo y cola, US hígado normal, concluyéndose: Pancreatitis aguda grave (Balthazar "E"). Colecistitis litiasica crónica agudizada. Derrame pleural izquierdo con atelectasia laminares bilaterales. Manejo conservador 17 días del cuadro agudo grave en UTI, NPT, antibioticoterapia, apoyo ventilatorio, manejo multidisciplinario, remisiones cifras de amilasa, lipasa y PFH; tomografía dinámica del páncreas (29-11-02) continúa Balthazar "E". Reportó (7 diciembre) organización y formación de septos intracolecciones, sin sepsis, aumento de dolor, hipertermias vespertinas y nocturnas, cultivos en picos febriles. La operó al 18º día EH, por sepsis, el reporte de tomografía (12-12-02), demostraba pseudoquiste en cola de páncreas, operándola el mismo día de: (vídeo)

Pancreatectomía distal + necrosectomía de pseudoquiste pancreático
Colecistectomía
Esplenectomía
Lavado, drenaje cavidad abdominal, colocándose dos sartagotas. Hallazgos: Adherencias asa-asa, asa vesícula, pseudoquiste pancreático 6 x 6 x 4, bazo con colecciones en periferia, líquido purulento.

Resultados: Al vigilar estrechamente TAC dinámica de páncreas, estadio metabólico, y aparición de sepsis en colecciones pancreáticas, seleccionamos momento oportuno de la cirugía con excelente resultado postoperatorio hasta la fecha. **Conclusiones:** Debemos operar al paciente con pancreatitis cuando presenta infección en las colecciones pancreáticas mejorando pronóstico y calidad de vida.

031 TV-023

PASOS CLAVES EN LA PANCREATODUODENECTOMÍA

Arenas MH, Montemayor CG, Durán RS, Munguía TD, Arenas MD, Ruiz CHI
Cirugía y Nutrición Especializada.

El adenocarcinoma de páncreas continúa siendo un desafío terapéutico. En series recientes de instituciones especializadas en el tratamiento del cáncer pancreático reportan índices de mortalidad menores al 5%, pero la morbilidad sigue siendo aún elevada (30-60%). El índice de sobrevida a 5 años varía del 5 al 20% para los pacientes a quienes se les realizaron resecciones potencialmente curativas. **Objetivo del estudio:** Demostrar los pasos claves en la pancreatoduodenectomía. **Material y métodos:** Presentamos en vídeo el caso de un masculino de la sexta década de la vida, fumador quien inicia 3 meses previos a su ingreso con fatiga, astenia, dolor en región lumbo-torácica del lado derecho, un mes previo con dolor tipo punzante localizado en mesogástrico, calosfírios, fiebre de 39.5°C, náusea, vómitos, coluria, ictericia, prurito generalizado e hiporexia. A su ingreso con leucocitosis, elevación de bilirrubinas con patrón obstructivo. Se realiza TAC abdominal, en la cual se observa tumoración en cabeza de páncreas de 5.1 x 3 cm. Dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Se realiza CPRE en la cual se observa dilatación quística a nivel de la cabeza y cuerpo pancreáticos, se coloca endoprótesis la cual no fue posible pasar más allá de la dilatación, se realiza cepillado, del cual reportan probable adenocarcinoma bien diferenciado. A las 48 h post-CPRE nuevamente presenta fiebre, ictericia y coluria. Se realiza angiotac en la cual se observa lesión quística bilobulada, no ganglios en trayecto de la porta, mesentérica ni hepática. Se realiza biopsia transoperatoria que confirma diagnóstico. Se somete a pancreatoduodenectomía con técnica de preservación de píloro. Se realiza pancreatectomía proximal y pancreatoyeyuno anastomosis término-terminal, colecistectomía, colédoco yeyuno anastomosis término-lateral, duodenectomía con preservación pilórica, duodeno yeyuno anastomosis término-lateral, se coloca fibrina en todas las anastomosis y sonda de gastroyeyunostomía, además de catéter central. Se brinda apoyo nutricional con NPT durante 8 días, nutrición enteral vía yeyunostomía que se inicia a las 72 h hasta su alta, la ingesta vía oral se inicia a los 9 días, se administra somatostatina por 10 días, es egresado a los 10 días del post-quirúrgico sin complicaciones. **Conclusiones:** La resección quirúrgica continúa como la única opción terapéutica potencialmente curativa, la morbilidad es baja adhiriéndose a los pasos claves de la pancreatoduodenectomía.

032 TV-024

MANEJO INTEGRAL DE LA PANCREATITIS BILIAR AGUDA GRAVE

Tostado C, Arenas MH, González OA, Anaya PR, Ruiz CHI, Arenas MD
Unidad de Cirugía y Nutrición Especializada, Guadalajara Jal.

Introducción: La pancreatitis biliar aguda suele tratarse en forma conservadora. Cuando existe fuerte sospecha o se verifica coledocolitiasis el abordaje será por vía transendoscópica. A menos que la necrosis pancreática se infecte, sea extensa o esté acompañada de insuficiencia orgánica el tratamiento será médico, a lo contrario cuando se presenten complicaciones irresolubles el tratamiento quirúrgico con necrosectomía y drenaje será indispensable. **Objetivo del video:** Presentar el caso clínico de un paciente masculino de 77 años de edad que ingresa a nuestro servicio con un cuadro de pancreatitis aguda de 48 horas de evolución, con 7 criterios de Ranson se maneja inicialmente un UCI para estabilización hemodinámica y apoyo respiratorio demostrándose sonográficamente la presencia de litiasis vesicular y discreta dilatación de la vía biliar, se somete esfinterotomía transendoscópica sin encontrarse cálculos en la vía biliar. Recibió nutrición parenteral enriquecida con glutamina ante la imposibilidad de utilizar el tubo digestivo. Diez días después la distensión ha cedido y se coloca sonda

nasoyeyunal para nutrición inmunoenriquecida, la cual recibió incluso a su alta. La tomografía a su egreso reveló necrosis pancreática retrogástrica con compresión en cuerpo y antró, pero sin datos de infección. A cinco semanas de manejo con nutrición nasoyeyunal en casa, el control tomográfico corroboró persistencia de dos zonas de necrosis con franco efecto compresivo a estómago. El paciente se sometió a necrosectomía, colocación de tubo de drenaje y colecistectomía, así como colocación de gastroyeyunostomía para descompresión gástrica y nutrición enteral en casa. Evolución satisfactoria continuando con la nutrición enteral y el lavado retroperitoneal continuo para finalmente retirar acceso enteral y sistema de drenaje. **Conclusiones:** La morbi-mortalidad por pancreatitis aguda grave puede disminuir cuando el manejo tiene protocolo estricto, cuya finalidad será abatir el riesgo de colangitis y necrosis infectada reduciendo el riesgo de falla orgánica múltiple y mayor mortalidad. El manejo nutricional en casa y la cirugía tardía con el objetivo de retirar la necrosis logra excelentes resultados.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

033 TV-032

MODIFICACIÓN EN LA TÉCNICA DE ELABORACIÓN DEL NUDO GEA PARA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Pereira GF, Mucio MP, Alvarado AHA, Rojano ME, Palacios RJA, Domínguez L
Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Servicio de Cirugía Endoscópica. SS. México DF-Méjico.

Los nudos son parte fundamental en la técnica quirúrgica. De su adecuada elaboración dependerá, en muchos casos, la obtención de resultados satisfactorios en una cirugía. Se han adaptado a la cirugía endoscópica algunas de las técnicas de sutura originalmente descritas para cirugía convencional. El nudo extracorpóreo Gea, descrito para su uso en cirugía endoscópica específicamente, es de rápida y fácil elaboración, bajo costo, seguro y ha probado su efectividad en la práctica quirúrgica. Presentamos una modificación en la forma de elaboración del nudo Gea y del "loop" o asa deslizante con técnica a "una mano", eliminando la necesidad del "dedo ayudante" y conservando las ventajas de la técnica original.

TRASPLANTE

034 TV-033

MODELO EXPERIMENTAL DE TRASPLANTE DE PULMÓN

Hinojosa CA, Santillán DP
Servicio de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México DF.

Introducción: Existe la necesidad de realizar investigación avanzada en trasplante pulmonar, con el objetivo de aportar mayores herramientas en los planes terapéuticos establecidos, es importante establecer un adecuado modelo experimental que permita realizar en forma controlada proyectos de investigación. **Material y métodos:** Presentamos la técnica para desarrollar un modelo experimental de trasplante pulmonar en perros. En el Instituto se inicio la experiencia en 2002. Se han realizado 8 procedimientos; se describe la técnica quirúrgica, se presentan los tiempos quirúrgicos; el primero: se realiza la procuración en bloque del sistema cardiopulmonar, el segundo: se realiza la disección cuidadosa del órgano a trasplantar. El tercero: se presenta la técnica de resección pulmonar izquierda, así como la colocación del injerto. Se muestran los pasos más importantes del procedimiento y el resultado final al prefundir y expandir nuevamente el órgano trasplantado. **Resultados:** Se han realizado 8 procedimientos, se concluyó satisfactoriamente 6 de éstos, con un catéter de Swan-Ganz y línea arterial; se mantiene monitorización continua en un monitor. Se realizan varios registros gasométricos durante el procedimiento, al final del implante se realiza aislamiento vascular del injerto donde se confirma funcionalidad. **Conclusiones:** El modelo experimental se puede realizar en forma satisfactoria y se pone a consideración para desarrollar protocolos de investigación avanzada en trasplante pulmonar.

TRAUMA

035 TV-010

PAPEL DEL CIRUJANO GENERAL EN TRAUMA TORÁCICO COMPLEJO

Argüelles CM, Hernández BMA, Hernández PA
Hospital Regional PEMEX Cd. Madero Tamps.

Introducción: El paciente politraumatizado grave requiere de manejo multidisciplinario, el cirujano general a menudo es el líder ante lesiones torácicas complejas, ante la falta de cirujano de tórax su actuación puede implicar situaciones éticas y legales. **Objetivo:** Mostrar los momentos más oportunos de toracotomía de urgencia en una paciente con trauma torácico complejo, analizando situaciones técnicas, éticas, legales e infraestructura. **Material y métodos:** Femenina de 55 años de edad accidente automovilístico 15 h antes del ingreso, lesiones contuso-cortante en cráneo, traumatismo cerrado de tórax, paraplejía con nivel en T4-T5, fractura coxo-femoral izq. obnubilada, inestable, con soporte ventilatorio, Hb de 12.3, Hto 37 hipoxia y acidosis moderados, TAC: listesis de cuerpos vertebrales del 85% T4 y T5 FX costales múltiples en línea, FX de clavícula derecha, mediastino ensanchado 8-9 cm, al 5º día se decide estabilizar columna, pleurotomía bilateral hemitórax izquierdo 1,600 ml sangre oscura del derecho 1,800 ml de sangrado activo requiriendo 6 unidades de paquete gálico, el gasto por las sonda intrapleurales disminuye a 50 ml al tercer día de hemitórax derecho y de 20 ml del izquierdo, cursando trombocitopenia por multitransfusiones, TAC detecta hemotórax bilateral de predominio derecho. **Resultado:** Se somete a toracotomía posterolateral derecha con hallazgos de contusión pulmonar y laceración a nivel de segmentos basales, así como hematoma importante a nivel de ácigos, laceración del mismo hasta la cava superior, posteriormente cirugía de cadera, cursa con SIRPA motivo de defunción. **Conclusiones:** El tipo de lesiones, el apoyo ventilatorio evolución caprichosa del hemotórax explicaría el aparente retraso en la exploración quirúrgica, la preparación de los cirujanos generales es limitada ante lesiones torácicas complejas, excepto en los hospitales de Trauma.

036 TV-021

SEPSIS RESIDUAL POST-TRAUMA

González OA, Arenas MHA, Anaya PR, Munguía TD, Arenas MD, Ruiz CHI
Cirugía y Nutrición Especializada. Guadalajara, Jalisco.

La prevención y el manejo de la infección intraabdominal en el paciente con trauma que requiere intervención quirúrgica representa un desafío. Existen estrategias preoperatorias e intraoperatorias claramente definidas para reducir el riesgo de sepsis abdominal durante el periodo postoperatorio. A pesar de que los antibióticos son una importante medida terapéutica adyuvante para los pacientes con sepsis intraabdominal post-trauma, es importante que el cirujano continúe apreciando el genuino valor del drenaje mecánico en el control de abscesos y la reintervención quirúrgica en el manejo del proceso séptico continuo. **Objetivo del estudio:** Presentar el manejo idóneo de la sepsis abdominal post-trauma. **Material y métodos:** Presentamos en video el caso de un masculino de 21 años quien sufre accidente automovilístico que le ocasionó contusión profunda de tórax y abdomen, intervenido de urgencia por datos de hemoperitoneo encontrando lesión de bazo, se realiza esplenectomía y empaquetamiento. Se estabiliza en UCI y 48 h. Despues se somete a relaparotomía programada para desempaquetar y cierre de cavidad. Se coloca tubo de pleurotomía cerrada en hemitórax izquierdo y desarrolla SIRPA. Extubado a los 8 días es enviado a nuestro servicio, se ingresa con fiebre y leucocitosis, tomográficamente se observa absceso subfrénico y retroperitoneal, es reintervenido a través de la misma incisión para drenar ambos abscesos y manejar de forma abierta el abdomen con parche de Wittmann. Presenta derrame pleural izquierdo que ocupó la totalidad del hemitórax, por lo que se coloca nuevamente tubo de pleuroto-

mía reinterviniéndose en dos ocasiones para lavado de cavidad y aproximación de la aponeurosis hasta lograr el cierre total de la pared abdominal. El paciente se mantuvo en UCI con apoyo ventilatorio debido a insuficiencia respiratoria hasta lograr el destete del ventilador.

Conclusiones: Algunos de los principios fundamentales en el tratamiento quirúrgico de la sepsis abdominal son: 1. Se debe realizar un control adecuado de la fuente de infección, es decir, manejar la infección en forma definitiva en la cirugía inicial. 2. Evacuar el inóculo bacteriano, pus y adyuvantes. 3. Tratar el síndrome de compartimiento abdominal. 4. Prevenir y tratar infección persistente y recurrente. Además de que la decisión de la relaparotomía planeada se hace durante la operación inicial, basada en los hallazgos operatorios y no en el curso clínico posterior.

VASCULAR

037 TV-040

AMPUTACIÓN TRANSMETATARSIANA DE 2 DÍGITOS EN UN DIABÉTICO

Castañeda R, Arias E, Rish L
Hospital ABC.

En México como en muchos países hace falta la demostración visual de técnicas de amputación en el diabético que permitan preservar una mayor cantidad de tejido. **Objetivo:** Presentar la técnica de amputación transmetatarsiana de 2 dígitos en un diabético. **Paciente:** Hombre de 38 años con diabetes mellitus de 12 años de evolución; tenía necrosis extensa y absceso profundo del primero y 2º dedos del pie y en otro hospital le habían efectuado varias incisiones para drenaje. Se palpaba pulso tibial posterior 2+/4+, y no se palpaba pulso pedio. Con el Doppler se auscultó flujo troncular en la tibial posterior con índice tobillo brazo de 1.2. El paciente tenía fiebre de 38°C y requirió insulina por hiperglucemia. En las radiografías se apreció gas en los tejidos blandos. Fue intervenido de urgencia. **Método:** Se realizó amputación transmetatarsiana abierta del primero y 2º dedos con desbridación amplia de tejidos necróticos e infectados. Se dejó la herida abierta y el paciente fue sometido a curaciones periódicas con evolución favorable. El video muestra la técnica y la evolución. **Resultado y conclusión:** En este caso la evolución fue favorable. El paciente conserva la mayor parte de su pie y puede caminar sin requerir prótesis. En los diabéticos los cuidados preventivos deben evitar complicaciones graves, como son la necrosis e infección severa en el pie. Cuando éstas ocurren en ocasiones las incisiones y drenaje adecuados son necesarios para extirpar los tejidos afectados. Con frecuencia es necesario realizar amputaciones menores para salvar la función del pie. Desde el punto de vista de educación médica este tipo de videos facilita la comunicación.

038 TV-041

MEDICIÓN DEL COLGAJO DE PIEL PARA AMPUTACIÓN POR DEBAJO DE RODILLA. LA TÉCNICA DE LOS TERCIOS

Castañeda GR, Arias GE, Rish FL, Sigler ML
Hospital ABC.

Objetivo: Mostrar la técnica de los tercios. **Métodos:** En este video se muestra el caso de un paciente diabético de 56 años de edad, que ameritó amputación infracondilea del miembro inferior por infección y gangrena graves del pie. El objetivo del video es mostrar que el diseño adecuado del muñón puede lograrse mediante la técnica de los tercios, midiendo la circunferencia de la pierna. El corte anteroposterior corresponderá a 2/3 de dicha circunferencia, mientras que la longitud del colgajo de piel a 1/3 de la misma. **Resultados:** Se hace énfasis en algunos detalles de la técnica quirúrgica, sus ventajas, y se muestra la evolución postoperatoria del paciente. **Conclusiones:** En nuestra experiencia, esta es una técnica que da la seguridad de obtener un muñón adecuado sin tensión y sin perder tiempo en cortes repetidos de piel.