

Cirujano General

Volumen
Volume **26**

Suplemento
Supplement **1**

Octubre-Diciembre
October-December **2004**

Artículo:

Parte I.

Resumenes páginas: S6 a S25

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de este sitio:

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

Others sections in this web site:

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



Medigraphic.com

TL-171

TRAUMA DE COLON, ESTUDIO PROSPECTIVO A 13.5 MESES

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

Antecedentes: El traumatismo abdominal representa un problema de salud pública mayor, de diagnóstico y tratamiento. El trauma de colon ocupa entre el 3-5 lugar de lesión de órgano intraabdominal, la etiología es penetrante predominantemente y más frecuente en personas jóvenes y del sexo masculino. **Objetivo:** Informe de casos. **Diseño:** Estudio prospectivo, observacional y longitudinal. **Material y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes con trauma abdominal y se analizaron sólo a los pacientes con lesión de colon asociada durante 13.5 meses. A los que se les analizaron: edad, sexo, etiología, segmento lesionado, tratamiento, complicaciones, PATI, RTS. **Resultados:** De 119 pacientes con trauma abdominal 18 presentaron lesión colónica (15.12%). El principal mecanismo fue penetrante en el 88.88% de los casos, de ellos 56.25% por PPAF, el resto por HPIPC. Predominó el sexo masculino (94%). El 83.33% se intervinieron en las primeras 6 hrs. El segmento más frecuentemente lesionado fue transverso. El diagnóstico exacto se realizó en 94.44% casos durante el procedimiento quirúrgico. El procedimiento más empleado fue cierre primario (83.33%). La principal lesión asociada fue en yeyuno (38.88%). Complicación principal: infección del sitio quirúrgico (16.66%). Se analizaron 3 grupos de acuerdo al PATI y al grado de contaminación con significancia estadística. El alta en promedio 8.44 días. Mortalidad de 0%, pero del 11.11% asociado a lesiones multiorgánicas. **Conclusiones:** En cuanto el PATI sea bajo y el RTS sea adecuado, así como el grado de contaminación sea menor, la morbilidad y estancia del paciente será menor.

TL-142

DIVERTICULITIS COLÓNICA EN PACIENTES MENORES DE 50 AÑOS, MANEJADA QUIRÚRGICAMENTE

González Q, Jaramillo C, Vergara O, Sánchez N, Montiel L, Takahashi T. Departamento de Cirugía INCMNSZ

Antecedentes: El propósito de este estudio es el describir la presentación de diverticulitis en pacientes menores de 50 años y su tratamiento quirúrgico. **Metodología:** En un estudio retrospectivo se analizaron los casos de diverticulitis aguda en pacientes menores de 50 años, durante un periodo de 10 años y que requirieron manejo quirúrgico. **Resultados:** El periodo de estudio comprendió de enero 1994 a diciembre 2003, la distribución por género es 32 masculinos (75%) y 11 femeninos (25%), el diagnóstico fue hecho por imagen, quirúrgico e histológico. El manejo quirúrgico dependió de la urgencia del procedimiento y los hallazgos transoperatorios. Reportando que 12 (27.9%) pacientes, habían presentado un cuadro de diverticulitis previo. 26 (60%) requirieron cirugía urgente y 17 electivos, la principal indicación quirúrgica fue abdomen agudo 14 (32%), 12 casos documentados con diverticulitis aguda, 5 con perforación intestinal, 4 con oclusión intestinal, 3 fistulas, 3 fallas a tratamiento médico. Se le realizó TAC a 26 pacientes, analizando el Hinckley la mayoría fueron II y III. La localización de la diverticulitis fue 100% en sigmoides, 5 pacientes asociada con colon descendente. Los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo se dividieron en 1 tiempo 5 (12%), 2 tiempos 27 (62.7%), y tres tiempos 8 (18%), lavado quirúrgico 1, Cierre de perforación 1, y drenaje de absceso 1. La morbilidad fue del 9 (20%) y mortalidad de 0%. **Conclusiones:** La mayor parte de los procedimientos fueron de urgencia, y de predominio en pacientes masculinos, con baja morbilidad y mortalidad.

TL-041

CIRUGÍA INTRALUMINAL LAPAROSCÓPICA DE INTESTINO DELGADO EN CADÁVER. FACTIBILIDAD TÉCNICA

Fregoso AMJ, Hernández RR, Ruiz SJ, Farías LLOA, Altamirano LMA, Evaristo MG, Solano MH, Candelas ODT, Hermosillo SJM. Departamento de Morfología del Centro Universitario de Ciencias

de la Salud, Universidad de Guadalajara, Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS, Guadalajara Jal. México

Introducción: La cirugía laparoscópica intraluminal, consiste en la introducción de trócares secundarios dentro del lumen de una víscola hueca, y practicar procedimientos diagnósticos ó terapéuticos. En esófago, estómago y colon se dispone de la endoscopia, situación que no existe en el intestino delgado. Por tal motivo se realizó laparoscopia intraluminal de yeyuno-ileón en cadáver. **Material y métodos:** En tres cadáveres, se colocaron cinco trócares de 10 mm, con reductores de 5 mm en tres de ellos: para cámara de 30°, disección, corte y separación. Se aislaron 5 cm de una asa de ileón, la que se refirió con dos puntos de seda del cero, por transficción a la pared abdominal. En este segmento se abrió un orificio de 0.5 cm, donde se introdujo un trócar, que sirvió de guía para introducir un lente de 30°. Se logró adecuada visión de la luz intestinal. El orificio de intestino se suturó bajo dos diferentes técnicas: exteriorizando el asa y con puntos intracorpóreos. **Resultados:** Mediante laparoscopia se aisló una asa de intestino delgado, por donde se introdujo un trócar para que por su través, se metiera un lente de 30°, logrando de esta manera, adecuada visualización de la luz del intestino. **Discusión:** Siendo hoy , el intestino delgado un área de difícil acceso endoscópico, este trabajo abre la perspectiva diagnóstica y terapéutica de hemorragias, tumores de yeyuno-ileón y evaluación de anastomosis biliointestinales, mediante laparoscopia intraluminal. Ofreciendo una alternativa con abordaje laparoscópico o endoscopia flexible y/o mezcla de ambas técnicas.

TL-138

COMPARACIÓN DE DOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS COMPLICADA JUVENIL

Jaramillo C, Vergara O, Takahasi T, Sánchez N, Montiel L, González Q. Departamento de Cirugía INCMNSZ

Antecedentes: El tratamiento clásico de la diverticulitis, es la resección y procedimiento de Hartmann, en este estudio comparamos este procedimiento, con la resección quirúrgica, con anastomosis primaria e ileostomía de protección (RAPI), y su morbi-mortalidad.

Metodología: Cohorte retrospectiva, en un periodo de enero 1994 a diciembre 2003, se identificaron los casos de diverticulitis aguda complicada juvenil, tratados quirúrgicamente, divididos en dos grupos, Grupo I (procedimiento de Hartmann) y grupo 2 (RAPI), se analizaron variables demográficas y morbi-mortalidad. **Resultados:** Del total de 27 pacientes, 16 (59.2%) corresponden al Grupo I y 11 (40.8%) Grupo II, 26 fueron de urgencia y 1 electivo La morbilidad del primer tiempo para el grupo I fue de 25% y en el grupo II, fue de 9%, sin reportarse mortalidad en ninguno de los dos grupos para el primer tiempo. La segunda cirugía se realizó en promedio a los 5 meses para los dos grupos (rango de 2 a 13 meses), la preparación colónica se realizó en 12(75%), del grupo I y en 7(63%) del grupo II, la morbilidad asociada para el segundo tiempo fue de 6 (37.5%) para el grupo I , y de 1 (9%) en el grupo II. De los pacientes en el grupo I, 2 requirieron un procedimiento quirúrgico extra para tratar la morbilidad. No se reporta mortalidad para el segundo procedimiento. **Conclusión:** La RAPI, es un procedimiento alternativo para tratar diverticulitis aguda complicada en pacientes menores de 50 años, seguro y asociado a menor morbi-mortalidad, en relación al procedimiento clásico.

TL-228

CÁNCER DE COLON Y RECTO EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO EN SEIS AÑOS

Bear MFF, Gutiérrez GMC, Pérez GR. Hospital Juárez de México. México Distrito Federal

Antecedentes: El Cáncer de colon y recto es predominantemente una enfermedad de pacientes adultos, sin embargo en algunas ocasiones se presenta en pacientes jóvenes. El diagnóstico de cáncer

colorrectal pasa desapercibido o es retrasado. **Objetivo:** Revisar y conocer la incidencia del carcinoma colorrectal en pacientes menores de 40 años en el Hospital Juárez. **Método:** Con el apoyo del registro de biopsias del Departamento de Patología del Hospital Juárez de México, se recolectaron los datos de los tumores de colon y recto en pacientes con edad igual o menor de 40 años. Se revisaron los expedientes clínicos. **Resultados:** Se estudiaron en total 28 casos de pacientes: 15 mujeres y 13 hombres. El síntoma principal fueron los siguientes: cambios en los hábitos intestinales, seguido de dolor abdominal, sangrado, y pérdida de peso. La localización primaria fue distribuida en todo el colon, pero el sitio más frecuente fue el recto. El principal tipo histológico fue el adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La mayoría de los casos se encontraron en estadio avanzado al momento del diagnóstico. (12 tumores en etapa C3 de Dukes y 3 en etapa D). **Discusión:** El cáncer de colon y recto es una entidad que predomina en la población adulta, sin embargo se presenta en gente joven, en quienes la incidencia va en aumento. **Conclusiones:** A pesar de la rara presentación del cáncer de colon y recto en las primeras 4 décadas de la vida, el médico necesita estar preparado y conocer la posibilidad de esta enfermedad para evaluar signos y síntomas mediante la exploración física, la colonoscopia y los hallazgos quirúrgicos.

TL-210

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LA ENFERMEDAD DIVERTICULAR. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Guerrero RA, Pérez GR, Solórzano TF, Torres RJA, Rodríguez FE, Ramírez NJ. Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad diverticular es una herniación de las capas del colon en la emergencia de los vasos nutricios en la submucosa, secundaria al incremento de la presión intraluminal, provocado por bajo contenido de fibra en la dieta. Cuando un divertículo se obstruye ocasiona diverticulitis, pero puede desarrollar complicaciones como hemorragia, perforación, absceso, fistula, estenosis y obstrucción. **Objetivo:** Conocer las complicaciones de la enfermedad diverticular e informar la experiencia y resultados en el manejo de las mismas en el Hospital Juárez de México. **Pacientes y métodos:** En forma retrospectiva se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de enfermedad diverticular que presentaron complicaciones en el Hospital Juárez de México, del 1º de enero de 1998 al 31 de diciembre de 2002, obteniendo un grupo de estudio de 26 pacientes. **Resultados:** De los 38 casos obtuvimos un grupo de 26 pacientes, 10 de sexo femenino (62%) y 16 de masculino (38%). Las complicaciones fueron: 13 (50%) Hemorragia, 7 (27%) Diverticulitis, 2 (8%) perforación de sigmoides, 2 (8%) Obstrucción, 1 (4%) Absceso peritoneal, 1 (4%) Fistula colovesical. Sólo 10 pacientes (38%) presentaron exacerbaciones del cuadro. Se dio tratamiento médico a 17 (65%), y quirúrgico a 9 (35%). La mortalidad fue de un paciente (4%) a consecuencia de sepsis. **Conclusiones:** En nuestra experiencia, logramos estar dentro de los parámetros que se reportan en la literatura. Estamos convencidos en que remitido el ataque agudo es necesaria dieta rica en residuos para disminuir la presión intraluminal, y los pacientes deberán operarse posterior al segundo evento de diverticulitis no complicada para así reducir las complicaciones subsecuentes.

TL-257

RADIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER DE RECTO. ¿EXISTE MEJORÍA EN LA RECIDIVA LOCAL?

Camacho FA, Alonso RJC, Medina ML, Saenz FJA. Departamento de Cirugía Digestiva y Endocrina del Hospital Regional de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional del Noreste. Monterrey, Nuevo León, México

Objetivo: Conocer si existe relación causa efecto de la Radioterapia Neoadyuvante en el control de la recurrencia local del cáncer de recto, en el Hospital Regional de Especialidades No. 25 del Centro

Médico del Noreste del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León. **Material y métodos:** El presente es un estudio retrospectivo, transversal comparativo, en el cual se hace una revisión de expedientes de pacientes operados con diagnóstico de cáncer de recto en el periodo comprendido de febrero de 1994 a noviembre del 2001. Se realizó un proceso de la información utilizando el riesgo relativo, intervalos de Confianza y el método de Fisher. **Resultados:** Reunieron los criterios de selección un total de 64 pacientes, de 135 expedientes analizados, los cuales 28 (44%) fueron mujeres y 36 (56%) hombres, relación 1:1.28. De acuerdo a la edad, rango 51 (18-85), media 57.5, mediana 59 y moda 54 y 63, años. De acuerdo a estadio de la enfermedad: T3: 34 (53%) y T4: 30 (47%). Se le realizó a 46 (72%) pacientes resección abdominoperineal y a 18 (28%) resección anterior. El número de pacientes a quienes se le aplicó Radiación preoperatoria fue de 21 (32 %), se trató solamente con cirugía a 43 (68%) pacientes, quedando una relación de 1:2. Tomando en cuenta el total de la población estudiada se identifica un Riesgo Relativo (RR) de 0.74 con un Intervalo de Confianza al 95% (IC) de 0.37 - 1.49. Pareados de acuerdo a etapas en T3 existe un RR 0.81 con IC 0.54 - 1.23, Fisher N. S. En T4 hay RR 1.31 con IC 0.61 – 2.79. **Conclusiones:** No se aprecia una asociación consistente analizando el total de la población, así como tampoco pareados por etapas, además de que en T3 hay Fisher no significativo.

TL-189

REOPERACIÓN EN CIRUGÍA ANTIRREFLUJO. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS

Bevia PF, Delgadillo TG, González RF, Velázquez GA, Galindo ML, Serrano GI, Tinoco HA. Hospital de Especialidades CMN La Raza. Departamento de Cirugía General

Objetivo: Determinar la frecuencia de reoperación en 1142 pacientes consecutivos sometidos a funduplicatura, indicaciones para llevarla a cabo, los hallazgos transoperatorios y el tipo de reparación en el HECMNR en 15 años. **Material y métodos:** Se incluyó a todos los pacientes sometidos a funduplicatura con sintomatología persistente, recurrente o nueva, que ameritaron cirugía de revisión abierta, identificándose las alteraciones durante el transoperatorio y el tipo de reparación realizada. Se utilizó estadística descriptiva y análisis univariado. **Resultados:** De 1142 sujetos sometidos a funduplicatura, 47(4.11%) ameritaron cirugía de revisión. La cirugía original fue el Nissen abierto en 32 pacientes (68%). La sintomatología más frecuente fue el reflujo recurrente en 19(40%), seguida de disfagia en 17(36%). El hallazgo operatorio que explicó la mayoría de las fallas de la funduplicatura fue la disruptión de pilares en 16 (34%), funduplicatura apretada en 12(26%) y disrupta en 8(17%). La cirugía de revisión más realizada fue la funduplicatura Guarner (10 casos) y la plastía de pilares (9 casos). **Conclusiones:** La frecuencia de falla en la funduplicatura se eleva ante el mayor número de procedimientos antirreflujo practicados en la actualidad. La disruptión de pilares es la causa más común. La refunduplicatura Guarner y el cierre de pilares son una opción adecuada de acuerdo a los hallazgos operatorios.

TL-049

SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE LA FUNDUPPLICATURA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES MIGUEL HIDALGO, SSA, AGS

Flores-Álvarez E, Campuzano-Carvajal G, De la Torre-González JC, López-Rodríguez JL, Reynoso-Talamantes D. Departamento de Cirugía, Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo, SSA, Ags.

Antecedentes: La laparoscopia ha permitido que la cirugía antirreflujo sea considerada como la mejor opción de tratamiento de la ERGE. La medición objetiva de los resultados es difícil. **Objetivo:** Evaluar los resultados obtenidos en el tratamiento de la ERGE por laparoscopia en el Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo. **Material y métodos:** Estudio observacional, ambilectivo y analítico que incluye pacientes con ERGE tratados con funduplicatura laparoscópica, entre

enero de 2000 y diciembre de 2003. Los resultados fueron analizados de acuerdo a la seguridad y efectividad del tratamiento. Se consideró seguridad operatoria a la morbi-mortalidad postoperatoria. La eficacia se midió con la escala de Velanovich, que consiste en un cuestionario que evalúa la calidad de vida. **Resultados:** Se estudiaron 20 pacientes, 9 mujeres y 11 hombres. La media de edad fue de 34.45 ± 11.82 años. Se realizó funduplicatura de Nissen en 14 pacientes, Nissen-Rossetti en 4 y Toupet en dos. No se presentaron complicaciones perioperatorias. El tiempo operatorio promedio fue de 199.5 ± 50.83 minutos. Ningún procedimiento fue convertido a técnica abierta. La mediana del puntaje global fue de 4.5. Se reportó mejoría de la pirosis en forma muy satisfactoria en 16 pacientes y satisfactoria en 4. Observamos una asociación significativa entre el género y la satisfacción actual ($p=0.005$), entre los síntomas atípicos y los cambios en la dieta ($p=0.047$) y entre el tono del EEI y la satisfacción actual ($p=0.014$). **Conclusión:** La funduplicatura es un procedimiento seguro y los resultados funcionales son satisfactorios.

TL-122

FRECUENCIA DE ESÓFAGO DE BARRETT, Y DESARROLLO DE ADENOCARCINOMA EN PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT Y CIRUGÍA ANTIRREFLUJO. SEGUIMIENTO DE CASOS A 13 AÑOS

Bautista CM, Campos CSF, Cervantes CJ. Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza". México, D.F.

Antecedentes: El primero en describir esta patología fue Norman Barrett, hacia 1950, describiéndola como una metaplasia del epitelio columnar que se extiende a más de 3 cm en el esófago distal que al final puede avanzar hacia arriba interdigitándose con la mucosa escamosa estatificada de esófago y completar su longitud y compararlo de la forma tubular secundaria a la hernia hiatal, comúnmente asociada a la enfermedad por reflujo gastroesofágico. De 1960 a 1970 se describió la histología por primera vez, describiéndose el elemento histológico característico del esófago de Barrett las goblet cells (células caliciformes). Haggit lo sugirió, Shinner y Reid confirmaron que el epitelio estaba asociado a degeneración maligna. El primer reporte de adenocarcinoma data de 1989 por White, y publicado en una revista de literatura médica por Hewlett en 1990, donde reveló 6 casos. El esófago de Barrett es una metaplasia intestinal del esófago distal resultado del reflujo gastroesofágico continuo con el que cursan los pacientes, y la cirugía antirreflujo es el tratamiento indicado para evitar el reflujo y así el daño continuo al epitelio y el cambio en su estructura, de acuerdo a resultados obtenidos en múltiples estudios por la evolución de los pacientes, tienden a recurrir en un 40%, hasta un 60%, en un promedio de 6-10 años; es una condición premaligna y es común la progresión de un grado bajo a uno alto de displasia, y avance al adenocarcinoma con prevalencia variable que va desde el 5-47% con promedio del 14% en comparación con la población en general en donde su incidencia es de 1/25 y 1/441 pacientes al año, el riesgo de llegar al adenocarcinoma en un esófago de Barrett se aumenta con relación a la longitud del epitelio columnar de revestimiento. **Objetivo:** Determinar la frecuencia con que se presenta la recidiva del esófago de Barrett comprobado histopatológicamente, en pacientes con cirugía antirreflujo, el porcentaje de cuántos continuaron con reflujo y cuántos sin reflujo gastroesofágico y aún con esófago de Barrett, cuál es la frecuencia en porcentaje de desarrollar adenocarcinoma en pacientes con esófago de Barrett, con el seguimiento de pacientes en un periodo de enero de 1990 a enero de 2002, en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza". **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Un total de expedientes revisados de 480 pacientes con reflujo gastroesofágico y esófago de Barrett comprobado por patología y tratados con cirugía antirreflujo, 37 fueron incluidos y 444 excluidos, a todos los pacientes incluidos se les citó en la consulta externa, para interrogatorio, revisión clínica. Se solicitaron endoscopia con toma de biopsia, manometría y esofagograma, el análisis estadístico se efectuó con medidas de tendencia central y de dispersión y el bivariado mediante prueba de Chi cuadrada y exacta de Fisher. **Resultados:** 37 pacientes con ERGE, esofagitis, Barrett comprobado y cirugía antirreflujo, de los cuales 31 no tuvieron reflujo gastroesofágico en el PO, 6 continuaron con reflujo a pesar de cirugía efectiva y

se ofreció otro tratamiento quirúrgico; 17 de los 31 sin RGE tuvieron regresión al epitelio escamoso y 14 con recidiva de Barrett. 2 con desarrollo de adenocarcinoma, 2 enfermos fallecieron, uno por patología agregada y otro por adenocarcinoma y sus complicaciones.

Conclusiones: La prevalencia del esófago de Barrett en pacientes operados con cirugía antirreflujo en el HECMR es de 45.1%, con Barrett y sin reflujo, no así aumentando los 6 con reflujo se incrementa a 54% de persistir el Barrett aún con cirugía antirreflujo. La persistencia del epitelio de Barrett después del tratamiento quirúrgico en un seguimiento de 47 en promedio es del 54%. Los pacientes sintomáticos tienen mayor posibilidad de continuar con Barret, así como el mayor grado de esofagitis condiciona a alta probabilidad de persistencia del epitelio columnar. Esto nos hace concluir que una vez ofrecido el tratamiento quirúrgico el paciente debe tener seguimiento frecuente y meticuloso, a largo plazo y ofrecer un tratamiento quirúrgico definitivo a tiempo y evitar la displasia y neoplasia.

TL-215

FUNDUPPLICATURA LAPAROSCÓPICA CON MANIOBRA PARA VALORAR LIGADURA DE VASOS CORTOS

Garnelo-Cabañas S, Ramírez-Barba EJ, Ayala-García MA. Departamento de Cirugía. Hospital Regional de León, Secretaría de Salud. Cuerpo Académico de Cirugía. Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato

Antecedentes: La enfermedad por reflujo gastroesofágico presenta una prevalencia de 0.36 por 10 000 habitantes y es responsable del 75 % de las enfermedades de esófago. Estudios anteriores demuestran que la suspensión del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones induce recaídas de hasta un 57% de los casos, por lo que se ha sugerido que la cirugía antirreflujo es un tratamiento efectivo, sobre todo en jóvenes. **Objetivo:** Presentar la experiencia de nuestro servicio en pacientes sometidos a funduplicatura laparoscópica realizando una maniobra para valorar la necesidad de ligar los vasos gástricos cortos. **Material y métodos.** Se estudiaron pacientes provenientes de la clínica de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) de nuestro hospital con esofagitis y falla al tratamiento médico. A todos los pacientes se les practicó preoperatoriamente endoscopia y serie gastroduodenal. La medición del pH se realizó en aquellos pacientes con estadios tempranos de la ERGE o síntomas atípicos. La manometría fue utilizada si había sospecha de trastorno motor o en los pacientes con ERGE de larga duración. Se realiza maniobra para determinar la ligadura de los vasos cortos a fin de proceder a la funduplicatura tipo Nissen "flopy". **Resultados:** Se estudiaron 80 pacientes en un periodo que comprendió de mayo de 2002 a mayo de 2004. El tiempo quirúrgico promedio fue de 60 minutos, con un rango de 25 a 80 minutos. La estancia hospitalaria fue de 24 a 48 horas. Los grados de esofagitis (Clasificación de Savary-Miller) fueron: grado II: 6 pacientes; grado III: 60 pacientes, grado IV: 4 pacientes; grado V: 10 pacientes. No hubo morbi mortalidad operatoria. La variable disfagia postoperatoria (seguimiento 30 días) se presentó a 10 días en el 8%, disfagia a sólidos a 30 días 8%. No hubo disfagia en el 84% de los pacientes. La reincorporación a la actividad de los pacientes se llevó a cabo dentro de los 10 días del postoperatorio. **Conclusiones:** El realizar la maniobra transoperatoria que se presentará con imagen de video para evaluar la necesidad de seccionar los vasos gástricos cortos para realizar una funduplicatura "floja" ha resultado de utilidad y la recomendamos. El seguimiento de los pacientes a largo plazo es necesario, así como estudiar variables que midan la "calidad de vida".

TL-197

ABORDAJE TORACOSCÓPICO DE ACALASIA. EXPERIENCIA DE 12 AÑOS

Gómez HF, Rocha AM, Sánchez AM, Ulloa RFF, Muñoz MN. Hospital Civil Juan I Menchaca, Guadalajara, Jal.

Introducción: Hoy se acepta que en el tratamiento de la acalasia el abordaje mediante mínima invasión presenta ventajas sobre el abordaje abierto, aunque es causa de debate si este debe ser por lapa-

roscopia o por toracoscopia. **Método:** estudio descriptivo y retrospectivo de 19 pacientes sometidos a abordaje toracoscópico, desde julio 1992 hasta Junio 2004. Metodología estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión para variables paramétricas como no paramétricas. **Resultados:** 8 masculinos (42%) 11 femeninos (58%); promedio edad 42.7 años (rango 10-90); evolución 2 años; síntomas principales: disfagia (100%), pérdida de peso (84%), reflujo (52%); Clasificación radiológica: 8 clase I (42%); 11 clase II (58%); clasificación manométrica: clásica 15 pacientes; vigorosa: 4 pacientes. Endoscopia preoperatorio similar en todos. Anestesia general en todos con intubación selectiva del pulmón derecho. Tiempo quirúrgico promedio fue 2.5 hrs. la miotomía proximal 6 cm, distal 0.5 cm. Endoscopia transoperatoria en todos. Complicaciones perioperatorias: 2 perforaciones esofágicas; 4 neumotórax; 3 no necesitaron drenaje, un caso (empiema) requiriendo drenaje pleural. Estancia hospitalaria 1 día. Evolución posoperatoria: 11 pacientes asintomáticos, cuatro pacientes disfagia, 2 requirieron dilataciones; 2 pacientes reflujo, 1 estenosis a los 6 meses con reintervención vía abdominal (miotomía incompleta); mortalidad perioperatoria 1 paciente. **Conclusiones:** 1) El abordaje toracoscópico ofrece ventaja de miotomías extensas 2) El porcentaje de disfagia y reflujo postoperatorio fue bajo 3) Morbimortalidad baja.

TL-188

RESECCIÓN ESOFÁGICA TRANSHIATAL CON ASCENSO GÁSTRICO (AKIYAMA) EN EL TRATAMIENTO DE ACALASIA. REPORTE DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Alarcón MLE, Soto S, Toledo R, Medina FH, Orozco H. Servicio de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México. D.F.

Antecedentes: El Akiyama para enfermedad benigna del esófago es poco común mostrando una baja mortalidad. **Objetivo:** Describir el curso clínico de 2 casos tratados con este procedimiento y comparar los resultados con los descritos en la literatura. **Material y método:** Se revisaron los expedientes clínicos de 2 pacientes con diagnóstico de acalasia tratados con Akiyama. **Resultados:** Caso 1. Paciente de 44 años con cuadro de 4 años de evolución con pirosis, regurgitación, disfagia y un episodio de STDA. Se diagnosticó acalasia crónica. Días después de la cirugía presentó un episodio de respuesta inflamatoria sistémica demostrando una colección adyacente al tubo gástrico reconnected por estudios de imagen. Se manejó con antibioticoterapia. La respuesta clínica fue favorable. Actualmente con buena tolerancia a la VO, con odinofagia de predominio matutino, sin disfagia. Caso 2. Paciente de 72 años, refiere disfagia y pérdida de 20 kg de peso desde 1994 documentándose estenosis de la unión EG por SEGD seguida de dilatación esofágica endoscópica. En 2002 recurre la estenosis, unión EG en punta de lápiz y esófago sigmaideo. Su manometría reportó acalasia. Un año después aumenta la disfagia agregándose dolor torácico. Mostró descenso de 4 grs de hemoglobina postquirúrgico que cedió con 3 PG's. Presentó broncoespasmo y derrame pleural bilateral tratado con nebulizaciones. Actualmente con buena tolerancia a la VO, aumento de apetito, saciedad temprana, niega odinofagia. **Conclusiones:** Los resultados concuerdan con la literatura. Este procedimiento es un método efectivo y seguro en centros con experiencia, resuelve el problema de la disfagia, mejora los síntomas, el estado nutricional y la calidad de vida.

TL-246

CIRUGÍA DE INTERPOSICIÓN DE COLON EN PATOLOGÍA ESOFÁGICA TERMINAL. EXPERIENCIA EN 5 AÑOS EN UN HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES

Salinas VJC, Alonso RJC, Márquez TSR. Departamento de Cirugía Digestiva y Endocrina del Hospital Regional de Especialidades No. 25 Centro Médico Nacional del Noreste. Monterrey Nuevo León, México

Objetivo: Analizar la experiencia en el manejo de los pacientes operados de interposición de colon en el Hospital Regional de Especialidades No. 25 del Centro Médico Nacional del Noreste del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León. **Material y**

métodos: Este es un estudio retrospectivo, observacional, en el cual se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes operados de interposición de colon en 5 años, periodo comprendido de enero de 1999 a diciembre del 2003. Se procesaron datos con medidas de tendencia central y porcentaje. **Resultados:** El grupo poblacional fue de 10 pacientes, de los cuales fueron 5 hombres (50%) y 5 mujeres (50%), con rango de edad de 26 a 50 años (media de 38 años). Todos los pacientes contaban con el diagnóstico de patología esofágica terminal, 6 presentaban el diagnóstico de estenosis esofágica por cáusticos, 1 por perforación iatrogénica durante dilatación por estenosis, 1 posterior a resección de tumor mediastinal y 1 posterior a resección de unión esofagogastrica por esófago de Barret por dehiscencia de esófago-gastro anastomosis. Los estudios auxiliares de diagnóstico fueron la serie esófago-gastroduodenal y endoscopia además del colon por enema. Las complicaciones postoperatorias fueron 1 paciente por fuga de anastomosis esófago-colónica, siendo manejado de forma conservadora, 1 por estenosis de anastomosis esófago-colónica con manejo quirúrgico, 1 por hernia postincisional con manejo quirúrgico y 2 por sangrado postoperatorio siendo reintervenidos para hemostasia. La mortalidad fue de 3 pacientes por IRA, FOM y choque séptico. La estancia en UCI varió de 1 a 15 días con un promedio de 4 días, con una estancia hospitalaria de 14 a 45 días con un promedio de 20 días. El control por consulta externa fue del 100% y en 2 pacientes se encontró regurgitación como única alteración postquirúrgica, siendo ésta manejada con fármacos y medidas antirreflujo. **Conclusiones:** En nuestro Hospital la principal causa de reemplazo esofágico por colon es por estenosis esofágica secundaria a ingesta de cáusticos, demostrando que este tipo de cirugía se realiza con un bajo índice de morbi-mortalidad, con buenos resultados y una buena calidad de vida para el paciente.

TL-161

TRATAMIENTO DE LESIONES TRAUMÁTICAS DEL BAZO

Guevara-Vacio GA, López-Rodríguez JL, Flores-Álvarez E. Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo, ISEA, Aguascalientes, Ags

Antecedentes: La conducta expectante en la atención del traumatismo del bazo en la población pediátrica ha reportado buenos resultados. En los adultos la conducta no operatoria no ha recibido amplia aceptación. **Objetivo:** Comparar los resultados del tratamiento quirúrgico y conservador de lesiones traumáticas del bazo. **Material y método:** Estudio observacional, transversal, ambilectivo y analítico de pacientes con traumatismo del bazo tratados entre abril de 2001 y noviembre de 2003. Se conformaron tres grupos: Manejo expectante (Grupo I), Tratamiento quirúrgico preservador del bazo (Grupo II) y Esplenectomía (Grupo III). **Resultados:** De 158 pacientes atendidos por trauma abdominal, fueron estudiados 20 pacientes con lesión esplénica (12.6%). 13 hombres y 7 mujeres con promedio de edad de 46 años. El 95% de lesiones fueron causadas por traumatismo contuso, 5% por traumatismo penetrante. La evolución desde la lesión hasta el ingreso fue en promedio 2 horas. A 9 pacientes se les practicó US, a 5 pacientes TAC. La TA sistólica de ingreso fue de 90+25.0, la FC 90+24.2 y la hemoglobina 12.5+4.0.

| | Grupo I | Grupo II | Grupo III | p |
|---------------------|---------|----------|-----------|-------|
| Número | 5 | 6 | 9 | |
| Severidad de lesión | 2 | 3 | | 0.037 |
| I | 3 | 1 | 1 | |
| II | | 2 | 2 | |
| III | | | 2 | |
| IV | | | 4 | |
| V | | | | |
| Lesiones asociadas | 5 | 5 | 8 | 0.649 |
| Morbilidad | 0% | 12.5% | 87.7% | 0.007 |
| Mortalidad | 0% | 0% | 33.3% | |
| Estancia hospital | 6 | 6.5 | 10 | |

Ningún paciente del grupo I requirió cirugía, de los 10 pacientes con lesión grado I y II sólo uno requirió esplenectomía. De los 10 pacientes con lesiones grados III, IV y V sólo en 2 pudo preservarse el bazo. **Conclusión:** Es factible el tratamiento conservador de lesiones esplénicas grado I y II. Las lesiones grado III-V generalmente requieren tratamiento quirúrgico.

TL-195

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA

Muñoz-Montes N, Gómez-Hermosillo L, Ulloa-Ruiz FF, Rocha-Almazán M, Méndez-Sashida CH. Hospital Civil "Juan I. Menchaca". Servicio de Cirugía Laparoscópica. Guadalajara, Jalisco. Méx.

Antecedentes: La esplenectomía laparoscópica procedimiento quirúrgico seguro y eficaz tanto o más que la técnica abierta, ofrece mejor resultado estético e incorporación temprana a las actividades diarias. **Objetivo del estudio:** Presentar nuestra experiencia en esplenectomía laparoscópica. **Material y método:** Revisión de expedientes y reportes quirúrgicos de las esplenectomías laparoscópicas del hospital. **Resultados:** Del año 1998 al 2003 se realizaron 26 esplenectomías laparoscópicas 18 en mujeres y 8 en hombres .Edad promedio de 33 años. Los diagnósticos fueron: Esferocitosis, 13; Púrpura trombocitopénica idiopática, 7; abscesos esplénicos; 3, Anemia hemolítica, 2; lesión traumática del bazo, 1. En todos los casos se realizó abordaje lateral. El control vascular del pedículo esplénico se hizo con sutura en 22 pacientes y grapado mecánico en 4. Bazos accesorios en 4 pacientes. Tiempo quirúrgico promedio de 3 h. Se transfundieron transoperatorio o postquirúrgico a 3 pacientes. Se realizó además colecistectomía laparoscópica en 4 pacientes. Se convirtieron 2 de 26 casos. Tasa de morbilidad de 4/26 y de mortalidad de 2/26. **Discusión:** La dificultad técnica de la esplenectomía depende del tamaño de bazo y la enfermedad de origen lo que permite una selección preoperatoria adecuada de los pacientes. **Conclusiones:** La esplenectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico que implica cierta dificultad técnica pero que presenta resultados exitosos según diversos grupos, incluidos nosotros.

TL-120

MANEJO DEL ABSCESO ESPLÉNICO CON ACCESO ABDOMINAL DIFÍCIL

De Mucha Mora RA. Castilla Villegas A. Hospital de Especialidades No. 71 IMSS. Torreón, Coah.

Antecedentes: La sepsis abdominal persistente puede motivar múltiples laparotomías, haciendo el acceso difícil y pudiendo desembocar en un absceso esplénico. El retraso en su manejo es casi siempre fatal, siendo la esplenectomía esencial para la cura. **Objetivo del estudio:** Reportamos un acceso intercostal en 2 tiempos para realizar una esplenectomía por absceso esplénico con esplenomegalia en un paciente con abdomen inaccesible. **Informe del caso:** Recibimos a un paciente masculino de 18 años de edad que había sido sometido a 9 laparotomías posterior a una herida por arma blanca en hipocondrio izquierdo con lesión de estómago, intestino delgado, colon descendente y base pulmonar. Ingresó séptico, con colostomía en flanco izquierdo, abdomen abierto y congelado. Establecimos el diagnóstico de absceso esplénico corroborado por TAC. Accedimos a través del 9º espacio intercostal izquierdo encontrando esplenomegalia de 30 cm que impedía el acceso al hilio. Se empaquetó el bazo y se afrontan costillas. **Resultados:** Reintervenimos a las 24 horas encontrando disminución del 40% del volumen esplénico que permitió control del hilio y procedimos a la esplenectomía con recuperación total del paciente. **Discusión:** No optamos por la punción percutánea por tratarse de un absceso multilocular. El acceso transtorácico se consideró inaceptable. **Conclusiones:** El acceso intercostal es una alternativa en casos de abdomen inaccesible. Con este abordaje, la compresión mediante empaquetamiento del bazo por 24 horas debe considerarse en casos de esplenomegalia que imposibilita el acceso al hilio esplénico.

TL-198

PANCREATITIS AGUDA. EXPERIENCIA EN SU MANEJO

Flores GF, Becerra GF, Lara OJ, Ramírez SE, Herrera EJ. Departamento de Cirugía General. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Secretaría de Salud

Objetivo: Informar los resultados del manejo protocolizado de la pancreatitis aguda y de su infección. **Antecedentes:** La pancreatitis aguda es aún una enfermedad grave cuya incidencia ha aumentado en un factor de 10 en las últimas décadas, y que mediante los avances en el diagnóstico y tratamiento se ha logrado una mortalidad global de 4.3% y de 19.5% en los casos graves. **Diseño:** Estudio de intervención comunitaria, prospectivo, longitudinal, descriptivo y experimental. **Pacientes y métodos:** Se atendieron 603 pacientes con pancreatitis aguda durante el periodo de 1997 a 2002, recibiendo el manejo establecido por el protocolo de la clínica de páncreas de acuerdo a su severidad. 426 pacientes presentaron pancreatitis leve y 167 pancreatitis grave. **Resultados:** Con base en el protocolo de estudio únicamente 23 pacientes requirieron manejo quirúrgico debido a absceso pancreático, necrosis pancreática infectada con o sin colecciones, pseudoquiste pancreático sintomático, colección aguda infectada con o sin necrosis. De los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos 12 presentaron pancreatitis leve y 11 pancreatitis grave; en ellos las etiologías más frecuentes fueron etílica y biliar con 9 pacientes cada una. La mortalidad postquirúrgica fue de 73%, siendo la pancreatitis etílica la más importante con 34.7% de los pacientes, seguida de la de etiología biliar con 21.7%. En relación a la etiología, de los pacientes con pancreatitis viral falleció el 100% y de aquellos con pancreatitis etílica falleció el 88.8%. En 73% de los pacientes la pancreatitis fue grave, mientras que la causa de muerte fue sepsis en 53% de los casos. **Conclusiones:** La pancreatitis grave tiene mayor mortalidad quirúrgica La etiología alcohólica en su forma severa tiene mayor mortalidad. El manejo multidisciplinario y apego a protocolos son la principal herramienta para disminuir la morbilidad de pacientes con complicaciones de pancreatitis.

TL-010

RESULTADOS DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA

Figueroa AS, Vázquez GA, Maza SR, Solares NH, Gutiérrez FJ, Quiroz DF, Pérez CH, Castañón J. Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE. México D.F.

Antecedentes: La pancreatitis aguda es una enfermedad caracterizada por dolor abdominal en la que existe una reacción inflamatoria del páncreas, su historia natural varía desde síntomas leves hasta una enfermedad fulminante y letal, por su variabilidad en la evolución debe manejarse identificando en forma temprana los pacientes que pueden ser intervenidos o diferir su tratamiento quirúrgico. **Objetivo:** Identificar por medio de parámetros clínicos y laboratorio los factores que inciden en la evolución de la enfermedad, identificación de complicaciones y dar manejo oportuno de acuerdo a evolución de la enfermedad. **Material y métodos:** De 1999 a 2003 se recabaron parámetros de sexo, edad, leucocitos, glucosa, deshidrogenasa láctica, AST, hematocrito, BUN, Calcio, PaO₂, secuestro de líquidos, USG, TAC, momento de intervención quirúrgica y complicaciones. **Resultados:** Se analizaron datos de 69 pacientes, 64 pacientes con pancreatitis biliar. En TAC Baltasar B 9 pacientes, C 26, D 27 y E 7; Hubo complicación en 33 pacientes (47.8%), reintervención en 5 pacientes (7.2%). Entre las complicaciones de la pancreatitis se presentaron pseudoquiste en 27 pacientes, necrosis en 4 y abscesos en 2. **Discusión:** Podemos observar que de acuerdo a lo que se refiere en la literatura la pancreatitis continúa siendo una entidad que aunque independientemente de su severidad, manejo oportuno y adecuado existe un alto porcentaje de complicaciones como lo son pseudoquiste, necrosis y abscesos, nuestros resultados no difieren de lo publicado. La reintervención en nuestros pacientes fueron 5 y con baja morbilidad. **Conclusión:** La incidencia de pancreatitis biliar que se presentó en nuestro hospital fue mayor que la que se refiere en lo publicado. El porcentaje de complicaciones en nuestros resultados

fue mayor que lo que reporta la literatura universal, aunque nuestra mortalidad fue baja en comparación con lo publicado.

TL-167

COMPLICACIONES DE TORACOSTOMÍA CERRADA POR TRAUMA

Vázquez MAM, Pinedo OJ, Belmares TJ, Hernández SJF, Sánchez AM, Guevara TL, Agüillón LA. Departamento de Cirugía General y Cirugía de Tórax del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", Departamento de Maestría en Ciencias de la Facultad de Medicina San Luis Potosí, S.L.P.

Antecedentes: El trauma es causa importante de morbimortalidad, contribuyendo las lesiones torácicas hasta con 50% de la mortalidad. Estos pacientes generalmente presentan neumotórax y/o hemotórax al ingreso, requiriendo toracostomía cerrada más de la mitad de los casos; y sólo el 20% necesitarán cirugía definitiva. Las complicaciones de este procedimiento van del 9-36% y son diversas, relacionándose con la inserción y/o posición del tubo, o procesos infecciosos, como el empiema. **Objetivo:** Conocer la frecuencia de complicaciones de la toracostomía cerrada en pacientes con trauma torácico aislado en un Hospital Universitario de tercer nivel de atención, principalmente el empiema. **Material y métodos:** Se estudiaron retrospectivamente 173 pacientes que reunieron los criterios de selección del 1 de enero de 1998 al 1 de enero de 2003. **Resultados:** La edad promedio de presentación fue 25.9 años, y más frecuente en hombres (97%). Predomina el trauma penetrante (95%) por arma punzocortante (62%). Presentaron complicación 38 pacientes (22%), principalmente hemotórax retido (10%) y sólo 9 pacientes desarrollaron empiema (5%). Se utilizaron antibióticos profilácticos en 156 pacientes (90%); sin embargo, estos parecen no influir en el desarrollo de empiema ($p=0.166$). De igual forma, el tipo de trauma, tiempo de evolución del traumatismo, y el grado de choque tampoco fueron significativos. Por otro lado, la evacuación incompleta del hemotórax sí fue significativa ($p<0.0001$). **Discusión-conclusiones:** La colocación de toracostomía cerrada por trauma es un procedimiento sencillo, de gran utilidad; sin embargo, no es inocuo. Nuestro estudio sugiere que el principal factor relacionado con el empiema postraumático es un manejo inadecuado de las sondas de toracostomía.

TL-184

COLANGIOGRAFÍA TRANSOPERATORIA TRANSCÍSTICA CON MINISET NO. 22, 23 Ó 24 EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Hinojosa PA, Estrada CA, Piza BR, Orbe BR, Castillo LL, Torres VJM

Objetivo: Presentar al cirujano una forma fácil y de bajo costo para realizar la colangiografía transoperatoria. **Material y métodos:** Se dobla el miniset en forma de bayoneta, se corta el plástico sobrante (las alas). Se hace otro puerto de 5 mm por encima del cístico. Se introduce la aguja a la cavidad abdominal con ayuda de una pinza Rochester recta. Se introduce la parte distal de la aguja al conducto cístico y se fija con una grapa. Se introduce el medio de contraste. **Resultados:** Hemos realizado más de 25 estudios con excelentes resultados sin complicaciones. **Conclusiones:** Es un procedimiento que en México, según la Norma Oficial Mexicana se debe realizar en todas las colecistectomías que se practiquen, y hacerlo de esta forma no tiene riesgos para el paciente y es de bajo costo.

TL-211

HERNIOPLASTÍA INGUINAL POR LAPAROSCOPIA CON TÉCNICA DE COLOCACIÓN INTRAPERITONEAL DE MALLA (IPOM)

Franklin ME, Jeffrey LG, Rodríguez LG, Jaramillo EJ, Treviño JM. Texas Endosurgery Institute, Southeast Baptist Hospital San Antonio, Texas, USA

Antecedentes: Con el desarrollo de cirugía laparoscópica y refinamiento continuo de la técnica quirúrgica en ese campo, algunos au-

tores han tratado de establecer si los principios de la colocación de malla intraperitoneal, puede ser usada de manera segura y exitosa en la reparación de hernias inguinales. Algunos autores reportan tiempos quirúrgicos cortos y ha demostrado ser un procedimiento seguro. **Objetivo:** Determinar el papel que tiene la reparación de hernias inguinales con técnica de IPOM y presentar nuestra experiencia con esta técnica. **Material y Métodos:** Se revisaron 326 expedientes de pacientes sometidos a herniplastía inguinal laparoscópica con técnica de IPOM realizadas en el Texas Endosurgery Institute desde enero de 1996 hasta junio de 2004. Se realizó estudio prospectivo, descriptivo y analítico con seguimiento a largo plazo. **Resultados:** Se realizaron 353 reparaciones con un número de pacientes de 326, de los cuales el 74% son de género masculino y el 26% femenino. El tipo de hernia fue unilateral en 261 pacientes (18 pacientes con hernia recurrente) y bilateral en 92 (9 con hernia recurrente). De los 353 reparaciones el 44% fue derecha, 30% izquierda y 26% bilateral. La hernia inguinal indirecta fue el tipo más común (79% derecha y 86% izquierda), posteriormente la directa (13% derecha y 10% izquierda) y la femoral (4% derecha Y 2% izquierda). El material utilizado para la malla fue Prolene®, Gore-Tex® y Surgisis®. La estancia intrahospitalaria fue menor a 24 horas en el 92% de los casos. El regreso a la actividad total posterior a la cirugía fue de 6.2 días en pacientes menores de 60 años y de 7.4 días en pacientes mayores de 60 años. Complicaciones más frecuentes son hematoma de pared abdominal 0.5%, seroma 3.0%, recurrencia 1.8%, neuropatía 0.6%. **Discusión:** El abordaje de la hernia inguinal laparoscópica se sostiene en bases anatómicas y fisiológicas fuertes. Depende de anestesia general y mantiene costos marginalmente mayores que las reparaciones estándar, además de requerir habilidad quirúrgica en laparoscopia. **Conclusiones:** En nuestra experiencia, la herniplastía inguinal laparoscópica con técnica de IPOM es una opción segura que se puede llevar a cabo con baja incidencia de recurrencia y complicaciones. La ausencia de cicatriz (evitando la disección del cordón) y la evolución postoperatoria con poco dolor permite la recuperación rápida a las actividades diarias.

TL-218

EFEITO DEL ALOPURINOL PARA EVITAR ADHERENCIAS PERITONEALES CON EL USO DE MALLAS TIPO POLIPROPILENO. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATAS

Ayala-García MA, Ramírez-Barba EJ, Ortíz-Ramírez JJ, Quiroz-Guerrero JJ. Cuerpo Académico de Cirugía. Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato

Antecedentes: Los materiales protésicos empleados actualmente para la reparación de los defectos de la pared abdominal en algunas ocasiones tienen que ser implantados en contacto con el peritoneo visceral, causando en ocasiones problemas debido a la formación de adherencias. El alopurinol ha demostrado utilidad en modelos de isquemia para prevenir la formación de adherencias. **Objetivo.** Determinar el efecto del alopurinol para prevenir la formación de adherencias protésico-peritoneales en un modelo animal utilizando ratas Wistar y malla de polipropileno. **Material y Métodos:** Estudio experimental, controlado, comparativo y doble ciego realizado en Cirugía Experimental. Se calculó la muestra con Potencia de 0.8, Alfa de 0.05 y Delta de 45%. Protocolo correcto con 30 ratas Wistar macho por grupo, de 250 a 350g, 4 meses de edad y sin anomalía anatómica en la región quirúrgica. Se administró Alopurinol vía oral a dosis de 25 mg/Kg./día cinco días antes del procedimiento y catorce días después. Anestesia general con Ketamina y droperidol (1.5 mg/Kg.) intramuscular en dosis única. Incisión en línea media bajo visión de lentes de aumento 3X. Colocación de malla de polipropileno de 5 x 5 mm en el peritoneo parietal del lado derecho fijado con nylon 4/0. Se administró ceftriaxona disódica (20 mg/Kg.) IM dosis única en el transoperatorio y amikacina 4 mg IM cada 24 horas dos dosis. Los dos grupos se alimentaron luego con la misma dieta e ingesta a libre demanda. Al día 15 se reintervinieron y se revisó la formación de adherencias. Una vez hecho el análisis, se abrieron los sobres para conocer cuál grupo fue el placebo. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial (Ji-cuadrada y diferencia de propor-

ciones). **Resultados.** El 100% de las ratas en ambos grupos presentaron adherencias (bandas de fibrina en la pared visceral y malla). **Conclusiones:** Con este estudio pudimos demostrar la inutilidad del allopurinol para evitar adherencias. El informar de un estudio con resultado negativo tiene dos fines académicos: primero que conozca la comunidad la ineficacia de un medicamento, y segundo que los cirujanos debemos continuar con el cuidado de evitar el contacto del polipropileno con el contenido abdominal.

TL-206

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE TEJIDOS REDUNDANTES

Jacinto TJC, Herrera M, Trabanino C, De La Torre A, Iglesias MM. Departamento de Cirugía General y Cirugía Plástica. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Antecedentes: El Síndrome de Tejidos Redundantes es una patología asociada a pérdida de peso posterior a cirugía bariátrica; caracterizado por el exceso de tejidos que limitan marcha, higiene personal, actividades laborales y sexuales. El abdomen se afecta con mayor frecuencia, y causa las principales limitaciones. La resección de colgajos redundantes por abdominoplastia es el tratamiento de elección. **Objetivo:** Determinar la morbilidad y resultados en pacientes sometidos a abdominoplastias extendidas en el INCMNSZ. **Método-logía:** Cohorte retrospectiva de pacientes sometidos a abdominoplastia de 1999-2004. **Resultados:** Fueron 29 pacientes, 22 mujeres (75%) y 7 hombres (25%); edad promedio 38 años. El 86% tuvieron gastroyeyunoanastomosis en Y de Roux y un 14% GVB. Se realizó abdominoplastia en Flor de Lis (55.1%), abdominoplastia transversal (24.1%), técnica INCMNSZ (17.2%) y abdominoplastia circunferencial (2.9%). Se efectuó simultáneamente herniplastia en el 24%. El tiempo quirúrgico promedio fue de 5.6 horas, sangrado 888 ml con transfusiones en el 31%. La estancia hospitalaria fue de 6.8 días. El seguimiento promedio 34 meses. La incidencia de complicaciones fue del 44%, de ellas las infecciones locales se presentaron en 20.6%, seromas 27.5%, dehiscencia de herida 13.8%, hematomas 10.3%. Hubo mejoría en la marcha y actividades laborales en 80%, y en actividades físicas en el 46%. Las variables que se asociaron con mayor de riesgo de complicaciones infecciosas fueron cirugía combinada ($p=0.032$), circunferencial ($p=0.046$) y mayor tendencia en quienes requirieron transfusiones ($p=0.056$). No padecer DM o intolerancia a carbohidratos se asoció con un menor riesgo relativo para complicaciones infecciosas 0.714 (IC 95% 0.5-0.93). **Conclusión:** La abdominoplastia extendida es eficaz como tratamiento de Sx. Tejidos Redundantes con porcentaje aceptable de complicaciones menores y con mejoría en la calidad de vida.

TL-201

PLASTÍA INGUINAL EN EL PACIENTE MAYOR DE 75 AÑOS

Elizalde Di Martino A, Chapa AO, Elizalde AN, Quijano OF, Flores AJ, Gómez CX, Tessan KE. Hospital General de México, Clínica Anáhuac y The American British Cowdray Medical Center, IAP

Antecedentes: El tratamiento actual de la hernia inguinal se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más seguros y con resultados cada vez más satisfactorios. Hoy en día las reparaciones inguinales en los pacientes mayores de 75 años se presentan con una frecuencia cada vez más alta.

Objetivos: Determinar los resultados de las plastías inguinales realizadas en pacientes mayores de 75 años. **Material y método:** Se trata de un ensayo clínico no aleatorizado, no ciego, longitudinal y prospectivo. Se operaron pacientes mayores de 75 años con hernia inguinal con las técnicas de Rutkow, Lichtenstein y Shouldice Gilbert (PHS) 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 58 minutos en promedio. Complicaciones: retención urinaria, neuralgia, hidrocele y hematoma. El dolor duró 1.3 días para técnicas con pró-

tesis y 3 días sin prótesis. Reanudación de actividad física diaria promedio menor a una semana. **Conclusiones:** La plastía inguinal es una cirugía con pocas complicaciones, y los pacientes de edad realmente avanzada no presentan mayores complicaciones que los pacientes de menor edad a pesar de la comorbilidad que acompaña a este tipo de enfermos.

TL-216

HERNIA INGUINAL COMO CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO POR AFECIÓN PRINCIPAL EN LA POBLACIÓN NO DERECHOHABIENTE POR EDAD Y SEXO EN EL AÑO 2001

Ramírez-Barba EJ, López-Salazar LH, Hidalgo-Valadez C, Domínguez-Garibaldi FJ, Martínez PC, Lara-Lona E, Vázquez-Guerrero MA. Cuerpo Académico de Cirugía. Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. Secretaría de Salud de Guanajuato

Antecedentes: A pesar del hecho de que la reparación de una hernia inguinal es uno de los procedimientos más comunes realizados en la cirugía en general, no tenemos información exacta de la magnitud del problema sobre todo porque desconocemos mucho acerca de la historia natural de la hernia no tratada y debido a que los pacientes con hernia de la ingle no siempre recurren al médico para su reparación.

Objetivo: Determinar la morbilidad hospitalaria ocasionada por la intervención quirúrgica en la reparación de hernias abdominales. **Material y métodos.** Se utilizó el Sistema de Egresos Hospitalarios Nacional según Causa de la Lista Mexicana para buscar datos epidemiológicos acerca de la hernia inguinal (35G) por afección principal en la población no derechohabiente por edad y sexo. **Resultados:** En el 2001 hubo 1'490,778 egresos hospitalarios, 28,766 (1.93%) fueron por hernias de la pared abdominal (Criterio de agrupación 120) ocupando el noveno lugar nacional como causa de egreso. Las enfermedades del sistema digestivo fueron 129,960 (45.8% hombres). Los egresos con causa principal de hernia Inguinal (Grupo 35F) fueron 17,021, siendo hombres el 69.4% de ellos. La distribución por sexo y edad, así como la relación hombre: mujer (RHM) se muestran en el siguiente cuadro.

| Edad en años | < 1 | 1 - 4 | 5 - 14 | 15 - 44 | 45 - 64 | 65 y + |
|--------------|------|-------|--------|---------|---------|--------|
| Hombres | 539 | 831 | 1213 | 3,795 | 2,933 | 2,696 |
| Mujeres | 131 | 434 | 783 | 1,815 | 1,235 | 813 |
| Total | 670 | 1,265 | 1,996 | 5,610 | 4,168 | 3,309 |
| Por ciento | 3.9% | 7.4% | 11.7% | 33.0% | 24.5% | 19.4% |
| RHM | 4.1 | 1.9 | 1.5 | 2.1 | 2.4 | 3.1 |

Como causa de egreso en los diferentes estados, ocupó entre el sexto lugar (Jalisco, Veracruz y Puebla) y el decimovenario (Yucatán) y moda de séptimo lugar (Michoacán, Tlaxcala, Colima, Sinaloa, Oaxaca e Hidalgo), con porcentaje de egreso entre 0.81 (Yucatán) y 2.98 (Jalisco). **Conclusiones.** Después de la colelitiasis y colecistitis (30,013 egresos) y enfermedades del apéndice cecal (28,067 egresos), la hernia inguinal fue la más frecuente causa de egreso, sobre todo en la edad productiva (57.5%). Los datos presentados serán útiles como sustento para la toma de decisiones en la epidemiología clínico quirúrgica aplicada en la toma de decisiones.

TL-219

EFFECTO DEL ÁCIDO HIALURÓNICO EN LA CICATRIZACIÓN DE LA ANASTOMOSIS URETEROPIÉLICA. ESTUDIO EXPERIMENTAL EN RATAS

Quiroz-Guerrero J, Ramírez-Barba EJ, Báez-Mendoza J, Martínez-García J. Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato

Antecedentes: La obstrucción ureteropielítica es la causa congénita más frecuente de uropatía obstructiva en el recién nacido. Su reparación es quirúrgica y tiene una tasa muy alta de recidiva de la estenosis secundaria a fibrosis (5 al 12%) en plastías abiertas y del 10-20% en plastías endo-urológicas. El ácido hialurónico ha demostrado utilidad terapéutica para modular la cicatrización. **Ob-**

jetivo: Determinar el efecto del ácido hialurónico sobre el proceso de cicatrización de la anastomosis del uretero con la pelvis renal de ratas Wistar. **Material y métodos.** Estudio experimental, controlado, comparativo y doble ciego realizado en cirugía experimental. Se calculó la muestra con Potencia de 0.8, Alfa de 0.05 y Delta de 26%: Protocolo correcto con 20 ratas Wistar por grupo, de 250 a 350g, 4 meses de edad y sin anormalidad anatómica en la región quirúrgica. Anestesia general con Ketamina y droperidol (1.5 mg/kg.) intramuscular en dosis única. Incisión en línea media bajo visión de lentes de aumento 3X. Bajo visión de 12X se realizó sección en bisel de la unión ureteropélica izquierda y anastomosis término-terminal con Vicryl® 7-0. Al grupo A se aplicó 25 microgramos de ácido hialurónico y placebo al grupo B. Los dos grupos se alimentaron luego con la misma dieta e ingesta a libre demanda. Al día 15 se reintervinieron realizando nefroureterectomía izquierda. Se estudió la región con visión 4X, describiendo la presencia de adherencias con la escala de Diamond. Bajo visión microscópica se realizaron cortes y se fijaron para cortes histológicos y revisión posterior la fibrosis (tinción con tricrómico de Masson) con regla graduada en micras adaptada para el ocular del anatomopatólogo. Una vez terminado el estudio se abrieron los sobres para conocer el grupo. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial (diferencia de proporciones, p-exacta de Fisher, t-Student y U-Mann-Whitney). **Resultados:** Macroscópico: Se encontraron adherencias en 75% del grupo A y 90% en grupo B (diferencias no significativas- DNS). La densidad (severidad) de las adherencias en la cavidad fue de 1.6 versus 2 del grupo placebo (DNS); en la zona de la anastomosis fue de 1.5 versus 1.9 (DNS). Microscópico: La media de la fibrosis en la zona de anastomosis el grupo con ácido hialurónico fue de 534 micras con un rango de 230 a 1,100 micras; en el grupo placebo la media fue de 728 micras con un rango de 300 a 1460 micras, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.043$). El 75% del grupo A tuvo menos de 640 micras de fibrosis, mientras que el grupo placebo lo tuvo por arriba de 700 micras. **Conclusiones:** Con este estudio pudimos demostrar la utilidad del ácido hialurónico para disminuir la formación de fibrosis en el proceso de cicatrización de la anastomosis ureteropélica en modelo animal. Debe iniciarse la siguiente etapa.

TL-098

REPARACIÓN DE HERNIA UMBILICAL SIN TENSIÓN EN ADULTOS, RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A 5 AÑOS

Cisneros MHA. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional, IMSS León, Gto.

Introducción: La reparación de hernia umbilical en adultos, con técnica libre de tensión y colocación de malla de polipropileno (plug), ha demostrado ser superior a las técnicas convencionales con sutura directa del defecto. **Objetivo:** Presentar resultados del seguimiento de plastía umbilical libre de tensión (plug). **Diseño:** Estudio prospectivo longitudinal, observacional y descriptivo en procedimientos secuenciales de plastía umbilical con técnica sin tensión (plug); último corte de variables a 60 meses. **Material y métodos:** Informe de 104 pacientes con hernia umbilical, 78 femeninos y 26 masculinos; promedio de edad 46 años; operados entre 1998 y 2003. 9 Pacientes tuvieron ascitis por diversas causas. **Resultados:** 92 hernias fueron primarias y 12 recurrentes. Se usó anestesia regional en 95 pacientes; local en 6 y general en 3. El diámetro del anillo herniario fue mayor de 3 centímetros en 85 pacientes y menor de 3 centímetros en 19. Atrapamiento de epiplón en 16 pacientes con resección en 8 casos y reducción simple en 8. Fueron reparados mediante disección del saco herniario, invaginación y colocación de plug de polipropileno. No se dejaron drenajes y se manejaron ambulatoriamente todos. **Complicaciones:** Seromas: 2 casos; infección en 1, reacción granulomatosa a cuerpo extraño 1. En ningún caso fue necesario remover el plug. A 60 meses de seguimiento, no hemos tenido ninguna recurrencia. **Conclusiones:** Consideramos que la reparación de elección en adultos con hernia umbilical, es la colocación de tapón de malla de polipropileno sin abrir el saco herniario, independientemente del tamaño del anillo herniario.

TL-134

LA ENSEÑANZA DEL TRASPLANTE RENAL

Gracida MNI, Palomeque LA, López RSC, Rizzo FC, Sánchez LR, Rojas VMG. Hospital General de México.

La Cirugía de Trasplantes es una de las ramas de la Cirugía que han logrado un desarrollo más importante en los últimos 20 años, llegando a convertirse así en parte de la práctica diaria de muchas instituciones de salud. Por ello el Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) contempla que los residentes de cirugía deben recibir adiestramiento en el campo de los trasplantes como parte de su formación. En el Hospital General de México, se ha instituido la enseñanza formal del transplante renal a los residentes de cirugía general. Se emplea un modelo animal – canino – mismo en que se desarrollan todos los pasos de la técnica llevada a cabo en el humano. Se presenta el desarrollo de la técnica quirúrgica y se ofrece la posibilidad de asesoría para incrementar el intercambio académico entre instituciones de enseñanza de cirugía.

TL-128

ENTRENADOR ECONÓMICO DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EECL

Gracida MNI, Megchun AA, Alarcón BL, Hernández SA, Corona CJF, Martínez RJJ. Hospital General de México

La Cirugía Laparoscópica (CL) es una de las innovaciones tecnológicas más importantes y con mayor impacto que se han sucedido en el campo de la Cirugía General y de supraespecialidad; sus beneficios están más que probados y se ha consolidado en los últimos 20 años como uno de los pilares de la práctica diaria para el cirujano; así el Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) ha incluido la enseñanza de la CL como parte del curso de formación de residentes en Cirugía General. Las Instituciones encargadas de la enseñanza de la cirugía deben proveer los implementos necesarios para el aprendizaje y práctica de la CL. Entre los materiales que se requieren se incluyen los equipos simuladores (endotrainers), los cuales constan de una torre de laparoscopía (que incluye un monitor de CL, una fuente de luz, fibra óptica, cámara de CL) y una caja o campo de entrenamiento. Dado que este equipo resulta costoso se han sugerido simuladores económicos a base de cajas de entrenamiento a las cuales se les adaptan espejos o cámaras de video caseras para simular el campo de trabajo laparoscópico. Se presenta un equipo de entrenamiento de construcción sencilla, económico y que por sus características físicas permite obtener imágenes de tiempo real del procedimiento a un costo muy accesible a cualquier institución de enseñanza de cirugía, se presentan los materiales y la forma de construcción y la asesoría necesaria para su implementación en cualquier institución encargada de la enseñanza de CL.

TL-135

LA SUSPENSIÓN DE CIRUGÍA ELECTIVA. PROPUESTA DE UN INDICADOR PARA EVALUAR LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS

López LJM, Vargas DA, Ortega LLH, Montalvo JE. Hospital General de México. México D.F.

El objetivo de las instituciones de salud es proporcionar los medios necesarios para la atención de los pacientes que acuden a ellas, la atención quirúrgica es una de las más importantes en los hospitales, lo que hace necesario programar las cirugías para contar con el equipo médico, biomédico y materiales necesarios para su realización, sin embargo ocurre que se llegan a suspender por diferentes causas, motivo de la realización de este estudio efectuado en el Quirófano Central del Hospital General de México OD. durante el año 2003, cuyo objetivo es conocer el índice de suspensión de la cirugía programada y las causas de la suspensión de la cirugía, en el año 2003, siete servicios quirúrgicos programaron 7419 cirugías, de éstas se suspendieron 1517 y se realizaron 5902 cirugías, se excluyó la cirugía de urgencia. El índice de suspensión fue del 20.4%; también se identificaron 15 causas de suspensión, la principal de

ellas involucra al paciente, quien por diferentes motivos no acude en la fecha de la cirugía, la segunda causa es por falta de tiempo quirúrgico debido a cirugías prolongadas por hallazgos inesperados, en tercer lugar fue por hipertensión arterial, la que ocupa un lugar preponderante de acuerdo a la literatura existente. De este estudio se concluye que el índice de suspensión es alto, es de utilidad para evaluar las actividades quirúrgicas y mejorar la atención médica, además refleja fallas en la organización, por otro lado es susceptible de corrección si se analizan los motivos en forma minuciosa.

TL-133

ENSEÑANZA DE CIRUGÍA TORÁCICA PARA RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Palomeque LA, Rodea RH, Guzmán MI, Rizzo FC, Menéndez TVM, Sánchez LR. Hospital General de México

El Programa Único de Especialidades Médicas señala que durante su formación, el residente de cirugía general incluya en su adiestramiento el conocimiento y la práctica de procedimientos de la cavidad torácica, tanto diagnósticos como terapéuticos, así como electivos y traumatológicos. Sin embargo, con la creación de los centros especializados en cirugía torácica y traumatológica se pretende limitar al cirujano general a la cirugía abdominal. En el Hospital General de México se ha incluido dentro del curso de formación de residentes la enseñanza de procedimientos de cirugía torácica, inicialmente en modelo animal canino vivo, que en etapas posteriores, durante las rotaciones de traumatología el residente practica con mayor seguridad; procedimientos que van desde la colocación de un tubo pleural hasta toracotomía de resuscitación, reparaciones pulmonares, bronquiales, de miocardio y grandes vasos. Se presenta así una propuesta de enseñanza que puede ser útil a otras instituciones.

TL-127

LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA DEL COLON EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

López LJ, Vázquez CS, Cervantes LC, De la Chica GV, Jalife MA, Rojero VJ. Hospital General de México

La cirugía del colon es de los procedimientos que diariamente lleva a cabo el cirujano general, tanto electivos como en cirugía de urgencia, desde la que se realiza por padecimientos benignos hasta la patología maligna, tanto en padecimientos agudos como de padecimientos crónicos. A pesar de esta familiaridad nunca se insistirá suficiente en la importancia de estos procedimientos, ya que una cirugía incorrectamente realizada deriva en problemas muy severos para el paciente. En el Hospital General de México se lleva a cabo la enseñanza de la cirugía del colon (y del intestino delgado) en base al aprendizaje en un modelo animal antes de permitirse que el cirujano en formación realice el procedimiento en una persona. En el curso de cirugía en modelo animal se realizan prácticas tan comunes como una apendicectomía o construcción de estomas hasta procedimientos tan laboriosos y delicados como colectomía o construcción de reservorios intestinales. En este trabajo se presenta la metodología de este recurso empleado en la enseñanza de los residentes.

TL-221

APTITUD CLÍNICA DEL MÉDICO INTERNO DE PREGRADO EN EL MÓDULO DE CIRUGÍA

Salado PMR. Hospital General de Zona no. 11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Xalapa Veracruz

El internado de pre-grado es un periodo fundamental en la formación del médico general, el alumno pasa a ser integrante del equipo de salud y obtiene experiencias que determinarán criterios preventivos, diagnósticos y terapéuticos. El proceso de enseñanza-aprendizaje se afecta por varios motivos, uno es la falta de instrumentos de evaluación que permitan saber si el alumno desarrolló aptitud clínica,

ca, es decir, el mayor o menor dominio para identificar problemas donde pueda discriminar y optar entre alternativas de decisión y acción poniendo en juego su propio criterio en los padecimientos quirúrgicos más frecuentes. **Objetivos:** Elaborar y validar un instrumento para explorar la aptitud clínica del médico interno de pre-grado en cirugía y evaluar el nivel de ella. Estudio descriptivo, transversal, prospectivo. **Población:** médicos internos en 6 hospitales de Veracruz. **Método:** se elaboró un cuestionario con casos clínicos reales, con respuestas de falso, verdadero y no sé. Sometiéndose a validez de construcción y contenido, de confiabilidad y cálculo de respuestas esperables por azar. **Resultados:** Población de 126 alumnos. Azar 25 respuestas. Rangos de aptitud clínica: azar 5 , muy bajo 52: bajo 65, regular 3, alto 1 y muy alto 0 alumnos. Prueba de Kuder-Richardson 0.96. **Discusión:** 96% de los alumnos tuvo los rangos más bajos de aptitud clínica, debido a que el instrumento no indaga la buena memoria, evalúa la capacidad del médico para afrontar y resolver situaciones clínicas comunes en cirugía. **Conclusiones:** El modelo educativo en escuelas de medicina es pasivo-receptivo, enseña la teoría por un lado dejando para otro momento la experiencia clínica, dando por resultado dificultad para afrontar los problemas clínicos.

TL-132

ENSEÑANZA DE CIRUGÍA GENERAL EN MODELO ANIMAL

Gracida MNI, Rojero VJ, López RSC, Hurtado LM, Corona CJF, López LJ. Hospital General de México

Siendo la Cirugía una parte de la medicina que exige tanto conocimiento como habilidad manual en el desarrollo de procedimientos quirúrgicos el Programa Único de Especialidades Médicas (PUEM) señala claramente que el cirujano en formación (Residente de cirugía) debe recibir de la institución formadora (hospital) que le está capacitando, tanto la información teórica, como la facilidad para desarrollar sus habilidades quirúrgicas, exponiendo así una lista de procedimientos mínimos que el residente debe realizar. Surge el dilema de que hay procedimientos que por su rareza o por la complejidad quirúrgica que exigen no es factible permitir al residente el realizarlos, de ahí que se hayan desarrollado modelos de enseñanza para subsanar esta deficiencia. En el Hospital General de México desde hace 5 años se ha implementado como parte del Curso de Formación de Residentes de Cirugía General el "Curso de Cirugía en Modelo Animal – canino", en el cual se incluyen desde procedimientos muy comunes (realización de estomas o tomas de biopsias), hasta procedimientos muy laboriosos (esofagectomía, hepatectomía). En este curso se revisan los aspectos teóricos de la anatomía y las técnicas quirúrgicas y se permite al residente el realizar él mismo el procedimiento quirúrgico y encargarse del manejo postoperatorio y así evaluar sus resultados. Se presenta en este trabajo la logística y el plan de desarrollo del curso y se ofrece la posibilidad de asesoría e intercambio con otras instituciones de formación de residentes en cirugía.

TL-037

GASTROPLASTÍA VERTICAL CON ANILLO DE SILASTIC, UNA TÉCNICA VIGENTE

Cerón RF, Cerón RM, Solares NH, Quiroz DF. H. Reg. Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE. México D.F

Antecedentes: Los procedimientos restrictivos gástricos, son operaciones para disminuir el volumen del estómago. Siendo estos procedimientos los más comunes, simples y seguros para el tratamiento quirúrgico de la obesidad severa. La gastroplastía horizontal fue modificada posteriormente a gastroplastía vertical con banda y con anillo de silastic, con buenos resultados para la pérdida de peso.

Objetivos: Presentar los resultados de la Gastroplastía vertical con anillo de silastic en 903 pacientes. **Material y métodos:** De octubre de 1991 a junio de 2004 (13 años) operamos a un total de 903 pacientes de Gastroplastía vertical como tratamiento quirúrgico de la obesidad severa, 782 (86.6%) fueron del sexo femenino y 121 (13.3%)

masculinos, con un promedio de edad de 40.5 años (16 a 65) y con un IMC en promedio de 56.9 kg/m² (41.2 a 72.7). 651 pacientes tuvieron un seguimiento a 5 años ± 6 meses y en 253 el tiempo fue variable (1 a 144 meses). **Resultados:** La curva de la pérdida del sobrepeso que se presentó fue la siguiente: 1er.- años 69 ± 4%, 2do.-año 67 ± 5%, 3er.- año 64 ± 3% y 5to.-año 59 ± 3%. En los pacientes que presentaban patologías asociadas como Hipertensión, Diabetes, Hiperlipidemia, Apnea del sueño, Reflujo Gastroesofágico y Asma bronquial, presentaron una mejoría del 35.2 al 100%. La complicación más frecuente que se presentó fue la hernia post quirúrgica en 39 pacientes (4.3%). No se presentó ningún caso de mortalidad. **Conclusiones:** 1. La curva de pérdida del sobrepeso es similar a la de la derivación gástrica. 2. La pérdida de peso mejora la evolución de las patologías asociadas. 3. Es una técnica reproducible. 4.- Es una técnica vigente en nuestro país. 5.- Hasta el momento no se ha presentado ningún caso de mortalidad.

TL-177

EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN EL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DE LA OBESIDAD

Palacios-Ruiz JA, Herrera-Esquível JJ, González-Monroy LE, Orozco-Tapia LM, Rosales GV. División de Cirugía General. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". SS. Ciudad de México

La mortalidad y morbilidad asociada en sujetos de 25 a 35 años de edad con obesidad extrema es doce veces mayor con respecto a los no obesos. Las indicaciones de cirugía en el paciente obeso son precisas. La tasa de éxito en cirugía bariátrica se correlaciona con el apego a un manejo multidisciplinario. **Objetivo:** evaluar los resultados en términos de reducción de peso, mejoría en morbilidad asociada; morbilidad y mortalidad quirúrgicas en un programa protocolizado de manejo multidisciplinario. **Método:** Estudio prospectivo; incluye pacientes con obesidad mórbida, que aceptaron ingresar al programa. Comprende área de nutrición, rehabilitación, endocrinología, psiquiatría y cirugía general. Se evalúa morbilidad asociada a obesidad; morbilidad y mortalidad quirúrgicas. **Resultados:** En 18 meses, se incluyen 52 pacientes. Todos sometidos a procedimiento bariátrico quirúrgico endoscópico. La pérdida de peso a 6 meses varía del 18 al 28%, la mayor pérdida de peso obtenida es 78% del sobrepeso en 15 meses de tratamiento. La morbilidad observada en nuestros procedimientos es 5.2%, la mortalidad nula. El 80% de los portadores de DM2, mantienen glucemia menor a 180 mg/dl sin manejo farmacológico. **Conclusiones:** La adecuada selección, manejo perioperatorio y multidisciplinario de los pacientes con obesidad mórbida sometidos a procedimientos bariátricos quirúrgico endoscópicos ofrece resultados aceptables en términos de morbi-mortalidad quirúrgica y reducción de morbilidad asociada.

TL-209

CIRUGÍA DIAFRAGMÁTICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Martínez AFA, Morales GJ, Téllez BJL, Ávalos BJA, Niebla AB, Guzmán de AE, Borrego BR, Armenta RRM, Vargas AB, González CLF, Narváez FS, Hernández CJA, Robles PE. División de Cirugía de Tórax del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México D.F.

Reporte retrospectivo de las cirugías de diafragma en el INER de 1999 al 2004. **Resultados:** 5 años, 19 pacientes (p) intervenidos, 13 masculinos, 6 femeninas, con rango de edades de 4 meses a 74 años. El antecedente de importancia más importante fue el de trauma en 10p, contuso en 7p, penetrante en 3p, seguidos por hipertensión arterial sistémica, laparotomía y fracturas óseas en 3p cada uno. El síntoma más frecuente fue el dolor torácico (12p), el signo más frecuente fue la disnea en 8p, con tiempo de evolución de 1 mes hasta 4 años. Los diagnósticos quirúrgicos fueron: Eventración diafragmática en 6p, 4 izquierdas, 2 derechas, hernia diafragmática en 12p, 8 izquierdas (1 congénita) 4 derechas y una hernia hiatal tipo IV. Se realizaron 6 plicaturas diafragmáticas radiales, 6 cierres directos del defecto herniario, 3 cierres del defecto herniario y refor-

zamiento con malla y uno de cada uno de los siguientes: Cierre del defecto con fijación de malla en la pared torácica, cierre de pilares diafragmáticos y gastrostomía, cierre del defecto, reforzamiento con malla y laparotomía y un cierre del defecto y cierre de lesión gástrica. En las eventraciones diafragmáticas la cúpula diafragmática se encontraba en el 3er espacio intercostal (EIC) en 4p y en el 2do EIC en 2p. La permanencia de las sondas endopleurales fue de 2 a 10 días con un predominio en 3 a 4 días. Las complicaciones fueron distensión abdominal en 2p y dolor abdominal en 1p, sin requerir reintervención quirúrgica. Se presentó una defunción por neumonía postoperatoria. **Comentarios:** En 9 pacientes se reportó la presencia de adherencias torácicas firmes que por un abordaje abdominal serían muy difíciles de liberar. El abordaje torácico de las eventraciones y hernias diafragmáticas es seguro y útil en padecimientos crónicos.

TL-196

EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL CIVIL "JUAN I. MENCHACA"

Gómez-Hermosillo L, Ulloa-Ruiz FF, Muñoz-Montes N, Rocha-Almazán M, Méndez-Sashida CH. Hospital Civil "Juan I. Menchaca". Servicio de Cirugía Laparoscópica. Guadalajara, Jalisco, Méx.

Antecedentes: En el Hospital Juan I. Menchaca se fundó en 1994 el servicio de cirugía laparoscópica y se han realizado más de 3000 procedimientos paralelamente con un programa de enseñanza de laparoscopia. **Objetivos del estudio:** Presentar la casuística del servicio de cirugía laparoscópica durante sus 10 años de existencia.

Material y métodos: Se revisaron todos los expedientes de los pacientes que han sido intervenidos durante los 10 años del servicio.

Resultados: Se realizaron 3201 procedimientos, 2511(78.4%) mujeres vs 690(21.6%), edad promedio 40 años, índice de masa corporal promedio 26.7(12-55), 1346(42.04%) pacientes tenían cirugía previa. Se realizaron 2566 colecistectomías, 367 funduplicaturas, 148 colecistectomías con colangiografía, 107 laparoscopias diagnósticas, 67 plastías inguinales, 25 toracoscopias, 26 esplenectomías, 19 cardiomiomatias de Heller, 12 procedimientos ginecológicos, 6 simpatectomías, 20 ligaduras de varicocel. En 240 pacientes se realizó mas de un procedimiento. Se convirtieron 57 pacientes. 7 casos de mortalidad 7/3201. **Discusión:** La historia del servicio se revela en su casuística y se muestra a la vez el tipo de cirugía que realizamos. **Conclusiones:** La enseñanza de las técnicas laparoscópicas debe ser sistemática y siempre tutorada, la experiencia de 10 años en un hospital de enseñanza permite que los cirujanos desarrollen completamente las habilidades necesarias para abordar diversos padecimientos a través de cirugía endoscópica.

TL-121

BIOPSIA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON PATOLOGÍA INTRAABDOMINAL DE ORIGEN A DETERMINAR

Suárez FD, Méndez SG, Huerta MJO. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional León IMSS, Guanajuato

Antecedentes: El uso de la cirugía laparoscópica ha tenido un aumento importante dentro de los últimos años, ya no sólo en patología vesicular, hiato esofágico, ginecología, etc., sino ahora se ha implementado en otras áreas de la cirugía, una de ellas es la laparoscopia diagnóstica, la cual incluso se encuentra como parámetro en el National Cancer Council de los Estados Unidos. **Objetivo:** Analizar los beneficios obtenidos por medio de las biopsias en este método en función de la evolución y tratamiento definitivo aplicados a estos pacientes.

Material y métodos: Se revisaron los casos sometidos a laparoscopia diagnóstica, a los cuales previamente se les diagnosticó patología intraabdominal, principalmente por medio radiológico, sin que por estos medios se haya concluido algún diagnóstico. De enero del 2004 a la fecha de corte, se analizaron variables como; edad, sexo, antecedentes personales no patológicos, antecedentes familiares para patología maligna, pérdida ponderal, ictericia, fiebre, tumor abdominal, adenomegalias, alteraciones en

Trabajos en Presentación Oral

resultados de laboratorio; PFH, hallazgos transoperatorios, resultados del análisis histopatológico transoperatorio y los días de estancia intrahospitalaria. **Resultados.**- Hasta el momento se tienen 8 pacientes de los cuales, los diagnósticos más frecuentes son de origen oncológico, adenocarcinomas de hígado, un paciente con Hepatitis y de origen infeccioso como la Tb. La estancia hospitalaria y la recuperación postoperatoria ha sido corta, hemos tenido una muerte durante el postoperatorio. **Discusión:** Consideramos que este método es sumamente confiable para determinar patología intrabdominal de origen a determinar.

TL-042

ENDOANATOMÍA DE LA PELVIS FEMENINA; CORRELACIÓN ANATÓMICA Y QUIRÚRGICA EN CADÁVER Y EN VIVO

Cantón JC, Fregoso JM, López MA, Escudero P, Calderón R, Farías LLOA, Ruiz SJ, Candelas ODT, Hernández RR, Orozco AMO. Departamento de Ginecología del Hospital General Regional 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Departamento de Morfología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara

Introducción: En la última década, después de los trabajos del Dr. Harry Reich, la cirugía ginecológica laparoscópica se ha difundido en todo el mundo. El conocimiento de la anatomía por laparoscopia requiere de una orientación en el espacio y el conocimiento de la óptica del laparoscopio. Este trabajo presenta una correlación anatómica entre la visión endoscópica de la pelvis femenina en cadáver y durante la cirugía en pacientes. **Material y métodos:** Los elementos anatómicos de la pelvis femenina fueron disecados en cadáveres frescos y filmados a cielo abierto y endoscópicamente con un lente de 30, realizando correlación de las imágenes en imágenes en vivo. **Resultados:** Mediante disecciones en cadáveres y pacientes, se identificaron el útero, la salpinge en sus diferentes porciones, el ovario; los ligamentos; espacios paravesical, pararrectal y fosa obturatriz; trayecto del uréter desde el ingreso a la pelvis hasta su desembocadura a la vejiga; la bifurcación de la aorta, las arterias y venas iliaca común, iliaca externa e interna, ovárica, uterina, vesical media, superior y obturatriz; nervio génito-femoral y obturador; músculos psoas y obturador interno; fascia pericervical y cúpula vaginal. **Discusión:** La anatomía laparoscópica ofrece una excelente visión del campo quirúrgico, mejor acercamiento óptico al campo operatorio, identificación y relación precisa de las estructuras anatómicas así como la realización segura de las técnicas quirúrgicas, pero requiere del conocimiento de la anatomía, y de las técnicas de abordaje laparoscópico, así como la orientación en el campo quirúrgico a través de la visión laparoscópica.

TL-256

EXPERIENCIA EN LA COLOCACIÓN DE BANDA GÁSTRICA POR LAPAROSCOPIA; 220 CASOS. ¿QUÉ APRENDIMOS?

Joya MA, Larios LN. Hospital San Javier Marina. Puerto Vallarta, Jalisco

La BGA laparoscópica es una técnica bien aceptada desde 1993 como manejo de la obesidad mórbida por presentar resultados similares a los procedimientos bariáticos tradicionales. **Objetivos:** Analizar la experiencia en la colocación de BGA-L en un periodo de 45 meses. **Pacientes y métodos:** 220 pacientes (176 mujeres, 44 hombres) obesos mórbidos, algunos con patologías asociadas. Edades entre 16 - 68 años (media 41.3) IMC de 30.27 a 71.0 (media 42.63). **Resultados:** Se colocaron tres tipos diferentes de bandas [americana 112 (50.9%), sueca 86 (39.09%) y francesa 22(10%)]. Se retiraron 8 bandas (3.6%), una de ellas (0.45%, sueca) con conversión a bypass por pérdida de peso insatisfactoria, 2 por infección (0.9% una sueca y una francesa), dos retiros por disfagia (0.9%, americanas) con recolocación de sueca, un retiro por diagnosticarse cáncer posterior al procedimiento (0.45% americana), una erosión (0.45% sueca) con retiro endoscópico y un retiro a petición del paciente por pérdida de peso satisfactoria (0.45%, sueca). Se presentaron dos casos de deslizamiento (0.9%, americanas) con reacomodo de la banda a los 8 días y 2 años de ser colocadas respectivamente. Se presentaron 4 pacientes con rotación del puerto (1.81%, suecas) y desconexión en un paciente 0.45%

sueca). **Conclusiones:** 1. BGA ha mostrado ser efectiva, con buenos resultados; 2. mínima invasión 3. Baja morbilidad (deslizamiento 0.9%, infección 0.45%, erosión 0.45%); y 4. 0% mortalidad.

TL-110

PREVALENCIA DE PÓLIPOS GÁSTRICOS EN EL HGM. REPORTE PRELIMINAR

Zavala CJC, García GV, González SC, Cabañas C, Valdez R, Bravo B, Pavón N, Bonifaz CJ, Soto D, Campos CC, Cabañas C. Hospital General de México

Introducción: La mayoría de los pólipos gástricos son hiperplásicos (74 a 79%) generalmente en cuerpo y fondo, miden menos de 15 mm y 7.2% malignizan. **Objetivos:** Reportar la incidencia de pólipos gástricos, estirpe histológica, estratificación por género y edad en el HGM; Compararlo con lo reportado en la literatura mundial. **Material y métodos:** El estudio se realizó en el servicio de endoscopia del HGM, el periodo de estudio comprende del 1 de marzo del 2002 al 10 de julio del 2004. **Tipo de estudio:** retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Se documentó de forma sistematizada los casos que se reportaron con pólipos gástricos. **Reportando:** Localización, resultado histopatológico, edad y género. **Resultados:** Se documentaron 160 casos de los cuales 60 son hombres y 100 mujeres. Las mujeres entre la 4ta. y 5ta. década de la vida; Y los hombres entre la 6ta y 7ma. La localización más común fue en fondo (120 casos) y 40 en antró, el resultado histológico reportó 100 pólipos hiperplásicos, 55 glandulares y 5 hamartomatoso. **Conclusiones:** Nuestros resultados expresan que los pólipos gástricos son más frecuentes en mujeres, su distribución es en fundus de estirpe histológica inflamatoria y que continúan siendo un hallazgo en endoscopia, lo anterior es equiparable a lo reportado en la literatura mundial.

TL-106

COMPLICACIONES EN CIRUGÍA GÁSTRICA

Arenas OJ, Ramírez CFJ. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza. Departamento de Cirugía General. México D.F.

Introducción: Las complicaciones después de gastrectomía se manifiestan en alteraciones del vaciamiento gástrico agrupados en los síndromes postgastrectomía. **Objetivo:** Determinar la morbilidad de las gastrectomías en cuanto al tipo de reconstrucción utilizada. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal, comparativo, abierto y descriptivo, en pacientes operados de gastrectomía en un periodo de 5 años en el cual se incluyeron pacientes sometidos a gastrectomía total o subtotal con reconstrucción en Y de Roux y Omega de Braun. **Resultados:** Se realizaron 117 gastrectomías de las cuales se incluyeron 38 para este estudio, 23 subtotales y 15 totales, la causa más común fue cáncer gástrico (60.5%), enfermedad ácido péptica (10.6%) y enfermedad por reflujo gastroesofágico (10.6%), el 40% hombres y el 60% mujeres edad promedio de 53 años. Se realizaron 23 gastrectomías subtotales y 15 totales, las reconstrucciones fueron gastroyeyunoanastomosis en omega de Braun 24% y en Y de Roux 76%. El síndrome postgastrectomía más comúnmente presentado fue el dumping en el 18.4% de las gastrectomías. El de menor presentación fue el de Asa eferente en el 0%. La reconstrucción en la que más se presentó dumping fue la omega de Braun con 44.4% seguido de la Y de Roux en el 12.5%. El reflujo biliar se presentó en el 33.3% de las reconstrucciones en omega de Braun y en el 12.5% de las Y de Roux. **Discusión y conclusiones:** La reconstrucción con más morbilidad postoperatoria es la omega de Braun la cual tiene mayor frecuencia de síndrome postgastrectomía, siendo el dumping el más comúnmente presentado.

TL-061

INCIDENCIA DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* Y EL CÁNCER GÁSTRICO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. (1995-2002)

Cárdenas GO, Montalvo JE, Zárraga RJ, Gutiérrez VR. Departamento de Cirugía General, Hospital General de México

Antecedentes: El cáncer gástrico (CG) es la 14° causa de mortalidad en nuestro país, se han asociado varios factores de riesgo como son la dieta, el tabaco, el alcohol y últimamente la infección por *Helicobacter pylori* (Hp). **Justificación:** Nuestro estudio pretende valorar la relación existente entre el Hp y el CG en población mexicana. **Objetivos:** Evaluar la asociación causal entre el Hp y el CG, con descripción de los datos demográficos encontrados. **Material y métodos:** Estudio clínico, retrospectivo, transversal y observacional, se revisaron los reportes histopatológicos de biopsias de estómago (endoscópicas o quirúrgicas), recibidas en el Servicio de Patología del Hospital General de México (HGM), del 1º de enero de 1995 hasta el 30 de abril del 2002, se analizaron las siguientes variables: Edad y sexo, presencia de infección por Hp, con tinción de Hematoxilina y Eosina, Warthin-Starry y Giemsa, los tipos de neoplasias gástricas, en caso de adenocarcinoma gástrico (AG): sus respectivos subtipos de Lauren, así como su localización morfológica. **Resultados:** Se encontraron 8,040 biopsias gástricas, con un total de 3,929 biopsias positivas para Hp y 529 con diagnóstico de AG. Se encontraron 70 biopsias de AG con infección por Hp (13%) (promedio de edad 57.3 años, relación hombre mujer 1:1). No existieron diferencias estadísticas entre los subtipos intestinal y difuso. **Conclusiones:** Se evidenció la relación entre Hp y CG en un 13% de las biopsias con AG, en población abierta mexicana del HGM, cifras similares se reportan en series internacionales como China, Japón, Costa Rica, etc.

TL-139

FACTORES ASOCIADOS A DISFUNCIÓN DE GASTROYEUNOANASTOMOSIS PALLIATIVA EN PACIENTES CON NEOPLASIAS MALIGNAS

España-Gómez N, Moreno-Berber JM, Salgado-Nesme N, Medina H. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La derivación gastroyeunal paliativa es un procedimiento asociado a una alta morbilidad en pacientes oncológicos en estadios avanzados. Es necesario conocer el éxito de este procedimiento en estos pacientes para definir su utilidad. **Objetivos:** Evaluar los factores asociados a la disfunción de la anastomosis gastroyeunal en pacientes oncológicos. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de los pacientes sometidos a derivación gastroyeunal paliativa desde 1997 hasta el 2003, incluyéndose aquellos que contaran con la información requerida. De los 22 pacientes incluidos, se describieron variables demográficas, clínicas, de la técnica quirúrgica y complicaciones. Se utilizó T de Student para analizar las variables continuas y Chi cuadrada para las categóricas probablemente asociadas a complicaciones. La curva de sobrevida se construyó utilizando la curva de Kaplan-Mayer. **Resultados:** La mediana de edad fue de 64 años, 63.6% hombres y 36.4% mujeres, 50% consumía dieta normal, 36.4% papillas y 13.6% sólo toleraban líquidos. Las neoplasias encontradas fueron los tumores de la encrucijada (31.8%), estómago (31.8%), páncreas (27.3%), un linfoma y un cáncer de colon. El 81% de los pacientes se encontraba en estadio IV, el 36.4% se encontraba en un Karnofsky <90% antes de la cirugía. Después del procedimiento, 27.3% sufrieron complicaciones, 22.7% tuvieron que reintervenirse y el 36.4% siguieron vomitando. La estancia hospitalaria media fue de 19 días, la mediana de seguimiento y la mediana de sobrevida fueron de 6 meses. No se encontró ninguna variable asociada a disfunción de la anastomosis. El único factor que se asoció de manera significativa con las complicaciones postoperatorias fue la hipoalbuminemia ($p=0.02$). **Conclusiones:** Es necesario buscar alternativas no quirúrgicas de paliación de pacientes oncológicos con obstrucción del tracto digestivo superior, ya que la derivación gastroyeunal paliativa se acompaña de una alta morbilidad y estancia hospitalaria prolongada en pacientes con corta sobrevida.

TL-027

ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA: ¿ES EL "CRISTAL" UN NUEVO FACTOR CAUSAL?

Martínez AA, Romero MC. Hospital General de Tijuana, SSA, Servicio de Cirugía General. Tijuana, Baja California, México

Antecedentes: La úlcera péptica perforada es una patología que se relaciona con factores como la presencia de *Helicobacter pylori*, utilización de AINES, tabaquismo, la hipersecreción, pero en la actualidad las condiciones sociodemográficas nos presentan nuevos factores de riesgo asociados a la perforación de la úlcera péptica. Siguiendo reportes que relacionan el uso de drogas ilícitas, principalmente de cocaína como factor principal en el evento de perforación. En base a una observación clínica detectamos que el uso frecuente de la metanfetamina conocida como "cristal" predispone a la perforación de la úlcera. **Material y métodos:** Se realiza una revisión retrospectiva de los expedientes clínicos, del 22 de enero del 2002 al 30 de julio del 2004 de los pacientes que fueron admitidos al Servicio de Cirugía con diagnóstico de úlcera péptica perforada; con la finalidad de determinar las variables demográficas. Así como la presentación clínica, la presencia de tabaquismo, alcoholismo, uso de AINES, uso de drogas ilícitas, consumo de "cristal", tiempo de uso, dosis utilizada; hallazgos transoperatorios, procedimientos quirúrgicos realizados, tipo de drenaje y evolución. **Resultados:** El 92.31% de los pacientes pertenecieron al sexo masculino. 46.15% de los pacientes (12) fueron menores de 40 años, 46.15% entre los 40 a 59 años (12) y 2 mayores de 60 años (7.69%). El 65.38% de los pacientes utilizaban cristal (17), de éstos el 35.29% presentaban un periodo de utilización en un rango de los 7 meses a los 5 años. El 94.1% lo utilizó en forma inhalada. El 80.76% no utilizaban ningún tipo de AINE (21 pacientes). **Conclusiones:** La utilización de cristal en forma inhalada, se asoció con una presentación más temprana en cuanto al grupo de edad afectado con perforación. Predominantemente en individuos del sexo masculino y fumadores crónicos.

TL-020

EXPERIENCIA EN EL MANEJO LAPAROSCÓPICO DE ÚLCERAS PÉPTICAS PERFORADAS EN EL TEXAS ENDOSURGERY INSTITUTE

Franklin ME, Glass JL, Berghoff K, Gálvez CA. Texas Endosurgery Institute, Southeast Baptist Hospital, San Antonio Tx, USA. Hospital San José- Tec de Monterrey, Monterrey NL, México

Antecedentes: En 1990, Mouret y col. reportaron la primera reparación laparoscópica exitosa de una úlcera péptica perforada. Desde entonces, grandes series de pacientes tratados exitosamente con cirugía laparoscópica han sido reportadas. Aparentemente, el tratamiento urgente vía cirugía de mínima invasión es bastante efectivo, gozando de tasas aceptables de morbilidad y mortalidad comparado con la cirugía convencional. **Objetivo:** Demostrar en forma retrospectiva la seguridad y eficacia de la reparación laparoscópica de úlceras pépticas perforadas. **Metodología:** De enero de 1996 a noviembre del 2003, 31 pacientes fueron sometidos a reparación laparoscópica de úlcera péptica perforada. La técnica quirúrgica empleada fue el cierre primario de la úlcera + parche de Graham. Las variables utilizadas para valorar eficacia fueron tiempo quirúrgico, estancia intrahospitalaria, inicio de la vía oral, conversión a procedimiento abierto, morbilidad y mortalidad. **Resultados:** El procedimiento fue exitoso en el 90.3% de los casos. No hubo conversiones a cirugía convencional. La tasa de mortalidad fue del 9%. La estancia intrahospitalaria y el inicio de la vía oral promedios fueron de 8 y 4 días, respectivamente. **Conclusiones:** Nuestra casuística contribuye a reafirmar que en la actualidad el abordaje laparoscópico de este tipo de lesiones representa un método seguro y efectivo, conservando además las ventajas de un procedimiento mínimamente invasivo.

TL-258

UTILIDAD DE LA TINCIÓN DE ÍNDIGO CARMÍN EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES NO DETECTADAS POR ENDOSCOPIA SIMPLE. ENSAYO CLÍNICO

Hernández HLA, Maroun MC, Guerrero HMM, Paredes CE, Méndez del Monte R, Baltazar MPJ, Hernández AAS, Gutiérrez MJE, Pérez PJJ, García JJ, Trujillo BOE. Especialidad (UNAM) Endoscopia Gastrointestinal Terapéutica. Servicio de Gastro-Endoscopia, Hospital de Especialidades CMNR IMSS

Antecedentes y planteamiento del problema: Cada vez son más frecuentes las lesiones inadvertidas en la endoscopia de luz blanca. **Objetivo del estudio:** Determinar si la cromoendoscopia del colon con índigo carmín al 0.4% aumenta la capacidad de observar las zonas sospechosas de la mucosa del colon con el fin de dirigir la toma de biopsia. **Pacientes y métodos:** Al paciente que cumple con los criterios de selección, bajo sedación; se introduce el colonoscopio hasta el ciego. Al ir retirándolo, se inicia la tinción por aspersión del colon en 6 segmentos: Ciego, ascendente, transverso, descendente, sigmoideas y recto. Se toma una o más biopsias (ante irregularidad de la mucosa) que se etiquetan por separado para su estudio histopatológico (antes y/o después de la tinción). De lo contrario: Se toma una biopsia por cada segmento del colon. El tamaño de la muestra fue de 45 pacientes. Se calcula la sensibilidad y especificidad y se comparan con χ^2 las diferencias. **Resultados:** Fueron 26 pacientes (58%) mujeres y 19 (42%) hombres. Edad media de 51 años (R 17 a 78). Predominó en el diagnóstico de envío la sospecha de CUCI en 14 pacientes y en 5 CA de colon. Se indicó la biopsia en 11 vs 39 pacientes (Grupo Control vs Estudio). Según el estándar de oro (patología) fueron verdaderas positivas en 10 vs 38, falsa positiva ambos en 1, verdadera negativa ambos en 1 y falsa negativa en 33 vs 5. Lo que deriva en una sensibilidad del 23% vs 88%, especificidad del 50% en ambos, un valor predictivo positivo del 92% vs 97%, un valor predictivo negativo del 2.9% vs 17% y una prevalencia del 96% en ambos. Patología reportó en 42 pacientes con algún tipo de colitis, dos con CUCI y uno normal. La diferencia fue significativa. En el diagnóstico endoscópico predominó normal en 17 (38%), colitis inespecífica en 9 (20%), enfermedad diverticular en 5 (11%), CUCI en 4 (9%) y pólipos en 4. **Discusión y/o Conclusiones:** En un centro hospitalario de concentración que predomina la patología inflamatoria, es común la colonoscopia que reporta colon normal aun sin la toma de biopsias. Si el paciente amerita de colonoscopia se sugiere la tinción y biopsia dirigida por tener mayor sensibilidad.

TL-015

MODELO DE PRESIÓN DE ESTALLAMIENTO EN ANASTOMOSIS COLÓNICA NORMAL Y DE ALTO RIESGO CON EL USO DE ADHESIVOS BIOLÓGICOS Y SINTÉTICOS

Farías LIOA, López RMK, Portilla Del Buen E, González OA, Ruiz CJ, López OA, Muciño HMI, Balderas PLMA, Segura CJL, Cortés FAO, Fuentes OC, Ruíz ChIE. Centro de Investigaciones Biomédicas de Occidente, Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco, México

Objetivo: Determinar las presiones de estallamiento en anastomosis de colon normal y patológico en rata con el uso de adhesivos biológicos y sintéticos. **Material y Métodos:** Estudio experimental realizado en ratas Sprague-Dawley de 200 a 250 grs/peso. Se dividieron en 4 grupos, un control y 3 de estudio, la anastomosis se realizó con 12 puntos de polipropileno 6-0. Cada uno de los grupos tuvo dos subgrupos uno de colon normal ($n=10$) y otro con isquemia inducida por ligadura de los vasos marginales ($n=10$) para un gran total de 80 animales. Grupo 2 utilizó 2-octil-cianoacrilato, grupo 3 2-butil-cianoacrilato y grupo 4 recibió fibrinógeno 40 mg/ml con trombina 1000 us/ml. Mediante una bomba de infusión a un ml por minuto de NaCl 0.9% se creó presión en el segmento de intestino anastomosado cuantificando la presión de estallamiento con manómetro de mercurio al 5to día. Inferencia estadística con T de Student. **Resultados:** En los grupos de control sin isquemia 127.8 ± 17 de colon isquémico ($p<0.05$) grupo 2 sin isquemia 145.5 ± 89 versus colon isquémico 97.6 ± 40 ($p=0.136$), Grupo 3 sin isquemia 145.7 ± 34 versus 130.8 ± 15.33 colon con isquémica ($p=0.22$), grupo 4 sin isquemia 239 ± 26.4 versus 196.5 ± 14.3 con isquemia. Las presiones de estallamiento fueron estadísticamente mayores en el grupo 4 ($p<0.001$). **Conclusiones:** Existió un aumento en la presión de estallamiento en los grupos tratados con fibrinógeno en relación a los otros, expresando un aumento de la fuerza ténsil de la anastomosis. Las presiones fueron semejantes al tratar las anastomosis con cualquiera de los dos adhesivos sintéticos.

TL-153

COMPARACIÓN DE COLGAJO DE MÚSCULO TRANSVERSO Y PERITONEO (TRAMP) CONTRA PARCHE DE SEROSA (THAL) EN LAS LESIONES EXTENSAS DE DUODENO , EN UN MODELO EXPERIMENTAL

Cárdenas LLE, Montero CJ, Pera GVE, Vela SI, Parraguirre MS, Perdigón G. Hospital General "Dr. Manuel Gea González" Ciudad de México. Divisiones de Cirugía General, Anatomía Patológica y Radiología

Antecedentes: Las lesiones de duodeno son uno de los problemas de mayor dificultad quirúrgica con complicaciones graves. **Objetivo:** Comparar la frecuencia de complicaciones en las lesiones extensas de duodeno con técnica TRAMP contra THAL. **Material y método:** El experimento se realizó en conejos Nueva Zelanda asignados aleatoriamente, grupo TRAMP, grupo THAL. Las variables independientes fueron reparación con TRAMP o THAL y peso. Las variables dependientes fueron presencia de fistula, dehisencia, necrosis de colgajo, tiempo quirúrgico y sangrado. Los datos se compararon con prueba exacta de Fisher y U de Mann Whitney con un nivel de significancia de 5%. **Resultados:** Los grupos fueron similares en peso, tiempo quirúrgico, sangrado y complicaciones transoperatorias. El grupo THAL presentó una frecuencia significativamente mayor de fistula y necrosis de colgajo ($p=0.007$ y $p=0.002$ respectivamente). La mortalidad observada fue ligeramente mayor en el grupo THAL (50% contra 38%) ($p=0.685$). **Conclusiones:** La técnica TRAMP demostró tener una menor frecuencia de complicaciones en la reparación de lesiones extensas de duodeno en este modelo experimental.

TL-055

EFICACIA Y SEGURIDAD DE UN ABORDAJE VIDEOASISTIDO PARA LA PLICATURA DIAFRAGMÁTICA EN UN MODELO EXPERIMENTAL CANINO

González-Zamora JF, Pérez-Guillé B, Soriano-Rosales RE, Jiménez-Bravo-Luna MA, Carmona-Mancilla A, Gutiérrez-Castrellón P, Ridaura-Sanz C, Villegas-Alvarez F. Laboratorio de Cirugía Experimental. Departamento de Metodología de la Investigación. Subdirección de Investigación Médica. Instituto Nacional de Pediatría. Departamento de Cirugía. Universidad Nacional Autónoma de México

La plicatura de un hemidiafragma flácido y sin función, suele restituir la mecánica ventilatoria alterada; el procedimiento quirúrgico puede llevarse a cabo a través de diversos accesos a la cavidad torácica. Con el objetivo de evaluar eficacia y seguridad de dos abordajes: videoasistido (A) vs toracotomía abierta (B), se llevó a cabo este experimento.

Material y método: Experimento longitudinal que incluyó 20 perros con parálisis inducida del hemidiafragma derecho, aleatorizados a una de las dos maniobras. Se llevaron a cabo evaluaciones antes y después de la plicatura en función de las modificaciones en la frecuencia respiratoria (FR) y el área pulmonar (AP) del lado afectado. Se midió el tiempo requerido para las intervenciones quirúrgicas y el periodo de reinicio de la deambulación, ingesta de líquidos y sólidos, así como la intensidad del dolor y complicaciones postoperatorias. **Resultados:** El grupo A presentó menor dolor en el postoperatorio inmediato ($p< 0.0001$), la ingesta de líquidos fue más rápida ($p<0.05$) y la deambulación fue más temprana ($p<0.019$). A cuatro semanas de los procedimientos, se observó un aumento del AP similar en ambos grupos y una disminución de la FR más significativa en el grupo A ($p<0.02$). El resto de variables evaluadas no mostraron diferencias. **Conclusiones:** Ambos abordajes fueron eficaces. El dolor registrado en el postoperatorio inmediato fue menor y la recuperación más rápida en el grupo cuyo abordaje fue videoasistido. Las complicaciones y tiempos quirúrgicos fueron similares. El abordaje videoasistido es una opción eficaz y segura en la ejecución de una plicatura diafragmática.

TL-022

AZUL DE METILENO INTRAVENOSO COMO PARTE DEL MANEJO EN LA SEPSIS POR PERITONITIS FECAL, UN MODELO EXPERIMENTAL

Gutiérrez OA, Pérez GR, Gutiérrez O, Carlos MVZ, Jiménez MF. Hospital Juárez de México; México, D.F.

Introducción: El óxido nítrico es mediador de la vasodilatación periférica y depresión miocárdica en el choque séptico, de no revertirse evoluciona a hipoperfusión tisular generalizada y alteraciones orgánicas múltiples. Se han reportado casos del uso intravenoso (2 mg/kg) del azul de metileno en el choque séptico demostrándose un beneficio hemodinámico con infusión continua del azul de metileno.

Objetivo: Demostrar el beneficio del uso intravenoso de azul de metileno en la peritonitis fecal. **Material y métodos:** Se incluyeron 22 conejos de raza California, dividiéndose en dos grupos experimentales. En ambos grupos se inoculó una suspensión fecal (10 ml) vía intraperitoneal; 24 hrs. posteriores, al presentar datos de sepsis y choque séptico, se les realizó lavado quirúrgico. El grupo "A" se trató con una dosis de azul de metileno, 5 mg/kg/d a través de las venas auriculares, durante 8 días. El grupo "B" no recibió tratamiento, siendo el grupo control. **Resultados:** En el grupo "A" fallecieron 2 animales, en el "B" 10 animales. Teniendo una sobrevida del 81.8% en el grupo "A" y 9% en el "B" y una mortalidad de 18% en el grupo "A" y 90.9% en el "B". Teniendo una diferencia estadísticamente significativa, con una $p < 0.05$. **Discusión:** Los resultados demuestran mayor sobrevida en el grupo tratado, habiendo diferencia estadísticamente significativa. **Conclusiones:** El azul de metileno intravenoso aumenta la sobrevida en la sepsis por peritonitis fecal. Se debe considerar el profundizar en el estudio de este compuesto como un complemento del tratamiento de la sepsis por peritonitis secundaria.

TL-014

COMPLICACIONES CON EL USO DE ADHESIVOS SINTÉTICOS Y BIOLÓGICOS EN ANASTOMOSIS NORMAL Y DE ALTO RIESGO EN RATA

Farías LIO, López RMK, Portilla Del Buen E, Balderas PLM, González OA, Ruiz CJ, López OA, Muciño HMI, Segura CJL, Cortés FA, Fuentes OC, Ruíz ChIE. Centro de Investigaciones Biomédicas de Occidente, Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco, México

Introducción: Una de las complicaciones más temidas en cirugía general es la dehiscencia de anastomosis entre vísceras huecas. El grado de dehiscencia establece la complicación infecciosa que oscila desde un absceso hasta un cuadro de peritonitis secundaria generalizada. **Objetivos:** Determinar el tipo y grado de complicaciones asociadas a la aplicación de adhesivos biológicos y sintéticos en un modelo experimental de anastomosis de colon de alto riesgo. **Material y métodos:** Estudio experimental realizado en ratas Sprague-Dawley de 200 a 250 grs/peso. Se dividieron en 4 grupos, un control y 3 de estudio, la anastomosis se realizó con 12 puntos de polipropileno 6-0. Cada uno de los grupos tuvo dos subgrupos uno de colon normal ($n=10$) y otro con isquemia inducida por ligadura de los vasos marginales ($n=10$) para un gran total de 80 animales. En los grupo 1 o control (no se aplicó adhesivo), grupo 2 se utilizó 2-octil-cianoacrilato, grupo 3, 2-butil-cianoacrilato y grupo 4 recibió fibrinógeno 40 mg/ml con trombina 1000 us/ml. Al 5to día se reoperaron las ratas para realizar exploración macroscópica de la anastomosis evaluando obstrucción intestinal, adherencias, abscesos y sepsis abdominal. Inferencia estadística con prueba de Chi cuadrada o Exacta de Fisher. **Resultados:** Para obstrucción intestinal se obtuvo una $p=0.043$, en adherencias $p=0.000$ y abscesos $p=0.207$. Observándose mayores complicaciones en el grupo 2, siendo menores en los grupos 3 y 4. **Conclusiones:** Los adhesivos biológicos tienen un índice de complicaciones menor con respecto a los sintéticos y de estos últimos el 2-Butyl-Cianoacrilato es comparable al grupo de Fibrina.

TL-146

EFFECTIVIDAD DEL AZUL DE METILENO EN LA REDUCCIÓN DE ADHERENCIAS POSTOPERATORIAS

López TGA, Cárdenas LLE, Parraguirre MS, González MLE. Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México. Divisiones de Cirugía Experimental y Anatomía Patológica

Antecedentes: La fisiopatología de las adherencias postoperatorias incluye la lesión directa de las capas mesoteliales, irritación por un sustrato sólido y lesión celular por citocinas, derivados del ácido araquidónico, óxido nítrico (NO) y radicales libres derivados del oxígeno. El azul de metileno normaliza la concentración plasmática de los productos finales del NO, nitratos/nitritos y de cGMP. **Objetivo:** Evaluar la utilidad del azul de metileno para inhibir la formación de adherencias postoperatorias. **Materiales y método:** El experimento se realizó en ratas Wistar hembras, las cuales se asignaron aleatoriamente a 3 grupos: Control (sólo cirugía), Experimental B: azul de metileno al 1% intraperitoneal y Experimental C: azul de metileno al 2% intraperitoneal. Las adherencias se produjeron mediante sangrado de los cuernos uterinos. Se evaluaron la formación de adherencias con las escalas macroscópica y microscópica de Zühlke. **Resultados:** Se observó una tendencia a la disminución en la severidad de la formación de adherencias con azul de metileno al 1% con respecto al grupo control. No se observó diferencia entre la severidad de la formación de las adherencias con azul de metileno al 1% con respecto al grupo azul de metileno al 2%. **Conclusiones:** La administración de azul de metileno intrabdominal durante el procedimiento quirúrgico parece disminuir la severidad de la formación de adherencias en este modelo experimental.

TL-046

REALIZACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE TANNER MODIFICADO LAPAROSCÓPICO EN CADÁVER: FACTIBILIDAD TÉCNICA

Fregoso AJM, Ruiz SJ, Farías LLOA, Sandoval PJI, Solano MH, Hernández RR, Candelas ODT, Hermosillo SJM, Altamirano LMA, Evaristo MG. Departamento de Morfología del Centro Universitario de Ciencias de la salud. Universidad de Guadalajara. Departamento de Cirugía General. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco. México

Introducción: El procedimiento de Tanner, parte del manejo quirúrgico de la hipertensión portal. En la actualidad existen otros procedimientos con mejores resultados, sin embargo, se considera que la posibilidad de realizar esta técnica en cadáver, despierta en el cirujano en adiestramiento las habilidades que se requieren para el manejo de la unión esófago-gástrica en los procedimientos laparoscópicos. **Material y métodos:** El procedimiento se realizó en cadáver, en el cual se colocó un trócar de 10 mm, en la línea media por arriba de la cicatriz umbilical, se insufló la cavidad abdominal a 14 mmHg; se colocaron otros 4 trócares: 2 de 5 mm y 2 más de 10 mm, se procedió a realizar sección trasversal de la cara anterior de la unión esófago-gástrica, dejando 2 puntos laterales de referencia con seda 00, se realizó surjete continuo con polipropileno 00 en la cara posterior por dentro de la luz esofágica , y en la cara anterior cierre primario con puntos invaginantes de polipropileno 00 con nudos intracorpóreos hasta completar el cierre. Se revisó la anastomosis por medio de endoscopia para corroborar la hermeticidad de la sutura. **Resultados:** El procedimiento se realizó con un tiempo quirúrgico promedio de 120 min. Al realizar la revisión con endoscopio se encontró que el cierre se encontraba adecuado y no requirió colocar suturas adicionales. **Discusión:** El realizar esta técnica en cadáver, proporciona al cirujano en adiestramiento laparoscópico una percepción más detallada del manejo quirúrgico de la unión esófago-gástrica.

TL-039

PREVINIENDO LA INFECCIÓN DE LA HERIDA DESPUÉS DE APENDICECTOMÍA UTILIZANDO METRONIDAZOL VÍA SUBCUTÁNEA EN LA INCISIÓN QUIRÚRGICA

Baranda GJN, Valerio UJ, Retureta SF, Navarrete SA. Hospital General de Veracruz

Objetivo: Determinar la eficacia del metronidazol subcutáneo en la prevención de la infección de la herida en pacientes postoperatorios de apendicectomía. **Métodos:** Estudio prospectivo, aleatorizado, existieron dos grupos, el A consistió en 48 pacientes (44 %) a los que se infiltró metronidazol en la herida quirúrgica y el B con 60

pacientes (56 %) a quienes no se les infiltró metronidazol. En el grupo A la edad promedio fue de 26.6 años (3 a 66 años), 28 hombres (58 %) y 20 mujeres (42%); y en el grupo B la edad promedio fue de 29.1 años (4 a 78 años), 32 hombres (53%) y 28 mujeres (47%). **Resultados:** Los hallazgos durante el transoperatorio fueron en el grupo A 2 casos (4%) en fase I, 14 (29 %) en fase II, 18 (38 %) en fase III, y 14 (29 %) en fase IV. En el grupo B 3 casos (5 %) en fase I, 18 (30 %) en fase II, 15 (25 %) en fase III y 24 (40 %) en fase IV. En el grupo A se infectaron 2 pacientes, lo que corresponde al 4.1%, en el grupo B se detectaron 11 infecciones (18.3 %). No hubo mortalidad. **Conclusión:** Se observó menor incidencia de infección postquirúrgica en el grupo A, con infiltración de metronidazol, por lo que se puede considerar a este método como efectivo para la prevención de infecciones en la herida quirúrgica, en pacientes sometidos a apendicectomía, sobre todo en fases III y IV.

TL-227

APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CONTRA CONVENCIONAL EN INSTITUCIONES PRIVADAS

González R, Villegas O, Díaz-EJA, Sánchez H, Ballí JE, Velasco JH, Mansur JH, Estrada C, Franklin ME, Glass J

Antecedentes: En los últimos años, el abordaje laparoscópico para la realización de apendicectomía se ha convertido en un método seguro, con buena evolución postoperatoria y con una menor estancia hospitalaria. Una de las principales desventajas reportadas es la presencia de abscesos intraabdominales hasta 7%. **Objetivo:** Realizar un estudio prospectivo comparativo entre apendicectomías por laparoscopia en el Hospital San José –Tec de Monterrey asociado con el Texas Endosurgery y compararla contra las convencionales. **Métodos:** Se realizó una revisión de 879 pacientes que se sometieron a apendicectomías laparoscópicas, 456 en el Hospital San José TEC de Monterrey de enero 1991 a enero 2003, y 423 de la base de datos del Texas Endosurgery, San Antonio, Texas; se incluyeron también 468 apendicectomías convencionales de enero 1998 a enero 2003 en el Hospital San José, documentándose variables como la evaluación preoperatoria, tiempo operatorio, abscesos intraabdominales, abscesos pared, correlación histopatológica con hallazgos transoperatorios así como los días de estancia intrahospitalaria. **Resultados:** En conjunto, se operaron 879 apendicectomías laparoscópicas y 468 convencionales. 58% fueron mujeres y 42% hombres. 18% de las apendicectomías laparoscópicas se programaron como laparoscopias diagnósticas que pudieron manejarse con este abordaje. Se utilizaron 3 trócares en 57.5%, 4 en 38.1%, 5 o más en 4.4%. Laparoscopias acusísticas fueron 89, (83 en TEI y 6 en HSJ), el 92% fueron en menores de 15 años; se convirtieron 42 casos en total y hubieron 9 casos de abscesos intraabdominales, 6 (1.5%) en HSJ vs. 3 (1%) en TEI vs. 4 (1.2%) en el abordaje convencional. Los índices de complicaciones intraabdominales fueron comparables en el grupo laparoscópico vs. Abierto. El tratamiento incluyó laparotomía en 6 casos (2 lap + 4 abierto) y drenaje percutáneo en 7 pacientes (4 lap + 3 abierto), los casos de abscesos fueron pacientes con antecedentes de apéndices complicados (absceso, perforación o peritonitis); las complicaciones intrabdominales fueron similares en el grupo laparoscópico que en el convencional. El tiempo quirúrgico promedio fue de 55 min vs. 38 min vs convencional, aunque hubo abordajes laparoscópicos de 16 minutos de duración. En cuanto al diagnóstico histopatológico positivo para apendicitis aguda fue de 96% vs. 98% entre los centros en que se llevó a cabo un abordaje laparoscópico vs. los convencionales. En el 53% se utilizaron endoloops y bolsa en 65% de los casos. El manejo de la arteria apendicular fue clipada en todos los casos en HSJ vs. 56% en el TEI donde el resto se manejó con electrocauterio. El US tuvo una sensibilidad del 82% y especificidad del 91%, la TAC de 92 y 94% respectivamente. La diferencia en la estancia entre ambos abordajes fue de 1 día. **Conclusiones:** En los últimos años, las técnicas de invasión mínima han tenido mayor demanda, tanto por los cirujanos como por sus pacientes, debido a sus beneficios conocidos, tales como eficacia, seguridad, incisiones pequeñas, corto tiempo de recuperación, así como la capacidad de explorar la cavidad abdominal. Des-

pués de una curva adecuada de aprendizaje, con el uso de electrocauterio para el control de la arteria apendicular, la diferencia en el costo puede disminuirse significativamente. Así como también el utilizar endobolsa e irrigar abundantemente con isodine diluido el lecho quirúrgico, ayuda a disminuir la incidencia de abscesos intrabdominales. Las diferencias en el pronóstico entre la apendicectomía por la laparoscopia y la abierta son pocas, pero algunos tipos de dolor abdominal sugestivos de apendicitis, sobre todo en mujeres en edad fértil son mejor tratados por laparoscopia.

TL-223

¿ES LA APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ADECUADA EN APENDICITIS COMPLICADA?

García RLE, Bolaños BLE, Betancourt GJR, Carrasco RJA. Hospital Ángeles del Pedregal. México, Distrito Federal

Antecedentes: La Apendicectomía es un procedimiento quirúrgico muy común; la utilización del abordaje laparoscópico es controversial y se le ha relacionado con mayor morbilidad y mortalidad perioperatoria. **Objetivo:** Comparar la apendicectomía abierta versus laparoscópica en apendicitis complicada en nuestra institución. **Material y métodos:** Se efectuó una búsqueda retrospectiva en el archivo clínico en base al procedimiento quirúrgico realizado obteniéndose 653 casos de apendicectomías. **Resultados:** Se formaron 4 grupos:

1. Apendicectomía Abierta No complicada (Apendicitis fases 1, 2 y Normal), 189 casos (95 hombres y 94 mujeres); 2. Apendicectomía Laparoscópica No complicada, 357 casos (144 hombres y 213 mujeres); 3. Apendicectomía Abierta Complicada (Apendicitis fases 3 y 4), 39 casos (27 hombres y 12 mujeres) y 4. Apendicectomía Laparoscópica Complicada, 68 casos (35 hombres y 33 mujeres). Se compararon los grupos de cirugía abierta contra los de cirugía laparoscópica. Entre los grupos de apendicectomía complicada no se presentó diferencia en edad promedio, tiempo de evolución y días de estancia hospitalaria. Se utilizó con más frecuencia drenaje tipo Biowack en el grupo laparoscópico y Penrose en el grupo abierto. El porcentaje de reintervenciones fue similar. Las complicaciones en apendicectomías complicadas fueron 23% en el grupo abierto y 14.7% en el laparoscópico. Se presentó incremento en el abordaje laparoscópico ocupando el 65.1% de las apendicectomías, con un ligero predominio en sexo femenino. **Conclusión:** La Apendicectomía Laparoscópica es un procedimiento seguro con morbi-mortalidad similar a la del procedimiento convencional en casos de apendicitis complicada, con un porcentaje de complicaciones menor que el grupo abierto.

TL-233

PAPEL DE LA LAPAROSCOPIA EN EL DIAGNÓSTICO DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA CON SOSPECHA DE APENDICITIS

Plata MJJ, Méndez-Probst CE, Pantoja JP, González Q

Introducción: La evaluación clínica de la mujer en edad reproductiva con dolor abdominal agudo implica un reto diagnóstico. Son estos casos en quienes el uso de la laparoscopia como herramienta diagnóstica y recurso terapéutico debe ser más frecuente. **Objetivo:** Evaluar la capacidad diagnóstica y la eficiencia terapéutica de la laparoscopia en el manejo integral de la mujer en edad reproductiva con dolor abdominal agudo y sospecha de apendicitis. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó todos los casos consecutivos de mujeres en edad reproductiva sometidas a laparoscopia diagnóstica (LD) por dolor abdominal agudo y sospecha de apendicitis aguda. Se analizaron las características demográficas, clínicas, los hallazgos de la LD y su evolución. **Resultados:** Se analizaron 29 mujeres consecutivas con dolor abdominal y sospecha de apendicitis sometidas a LD. 24.4 años en promedio (17-44). El 31% (9) con enfermedad sistémica (ASA II-III). En el 58% (17) se diagnosticó apendicitis aguda, en el 28% (8) un padecimiento ginecológico, en un 7% (2) serositis por actividad reumática y en un 7% (2) no se documentó patología intra-abdominal. El 82% (14) de los casos de apendicitis se resolvió por laparoscopia. En 12 se realizó

appendicectomía profiláctica laparoscópica (casos (8 ginecológicos, 2 reumáticos y 2 laparotomías blancas). Estos casos se compararon con el grupo de appendicectomías laparoscópicas (14) sin encontrar diferencias significativas entre ambos. **Conclusiones:** La LD es segura y efectiva en el manejo de la mujer joven con dolor abdominal. Permite establecer el diagnóstico e instituir la terapéutica definitiva por vía laparoscópica.

TL-048

APENDICITIS AGUDA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Vázquez-Urtiz EO, Flores-Álvarez E, Horta-Barajas A, De la Torre-González JC. Servicio de Cirugía General Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo Aguascalientes, Ags.

Introducción: La apendicitis aguda sigue siendo hasta la actualidad la causa más frecuente de abdomen agudo en nuestro medio. **Objetivo:** Describir la experiencia en el tratamiento de la apendicitis aguda en el Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo en el año 2001. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo transversal y analítico de todos los pacientes con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda tratados entre el 01 de enero al 31 de diciembre del 2001. **Resultados:** Fueron analizados 202 pacientes, 116 hombres y 86 mujeres. Los datos clínicos más importantes fueron: dolor clásico 74%, dolor atípico 25.5%; dolor en el punto de Mc Burney 91.5%, psoas 57.26%, obturador 34.7% y Rovsing 17.7%. Se encontró leucocitosis leve en 39.25% de los pacientes, leucocitosis marcada en 28%, leucocitos normales con bandemia en 18.6% y leucocitos y bandas normales 14%. La radiografía apoyó el diagnóstico en 49% de los casos. El tiempo de evolución de los síntomas fue de 12 horas. El tiempo promedio entre el ingreso del paciente a urgencias y la cirugía fue de 5.7 horas. La posición más frecuente del apéndice fue retrocecal (64.3%). Se empleó un abordaje tipo Rocky-Davis en 41.5%, Mc Burney 28.7% y medio 29.6%. El estudio de patología reportó: apéndice sano 22 casos; grado I, 26; grado II, 66; grado III, 32 y; grado IV, 56. Se utilizó drenaje en el 20% de los pacientes, 73.2% correspondieron a apendicitis fase IV. La mediana de hospitalización fue de 2 días. La morbilidad postoperatoria fue 8.4%. La mortalidad fue cero. **Conclusiones:** El tratamiento oportuno en apendicitis aguda produce una baja morbi-mortalidad.

TL-028

EFICACIA CLÍNICA Y ANTIBACTERIANA DE LA TERAPIA SECUENCIAL EN UNA LÍNEA DE LA COMBINACIÓN DE LEVOFLOXACINO 750 MG Y METRONIDAZOL EN INFECCIONES INTRA-ABDOMINALES SECUNDARIAS LOCALIZADAS Y COMPLICADAS

Ocampo-González S, Navarro-Navarro VM, Gálvez-Gálvez B, Ascencio-Esparza P. OPD. Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca" Guadalajara, Jalisco

Antecedentes: Las infecciones intra-abdominales más frecuentes son las secundarias, producidas por patologías tubo digestivo. Por su extensión anatómica las clasificamos en: a) Localizadas, y b) Difusas. Por su repercusión orgánica en: a) No complicadas, y b) Complicadas. Una alternativa de tratamiento con antimicrobianos son las quinolonas de espectro extendido (levofloxacino), que por su biodisponibilidad IV y VO se puede prescribir en forma de "terapia secuencial". **Objetivo:** Determinar la eficacia clínica y bacteriológica de la terapia secuencial con levofloxacino 750 mg cada 24 horas más metronidazol 500 mg cada 8 horas en pacientes con Infecciones Intra-abdominales Secundarias Localizadas y Complicadas (IISLC). Estudio prospectivo, abierto, longitudinal, observacional no comparativo en el Hospital Civil de Guadalajara. **Material y métodos:** Se incluyeron 15 pacientes adultos de ambos sexos con edades entre 18 y 75 años a quienes se les estableció diagnóstico de IISLC y que requirieron tratamiento quirúrgico de urgencia. **Resultados:** De 15 pacientes evaluados, 7 fueron femeninos y 8 masculinos con edad promedio de 39 + 17 años. En todos los casos el diagnóstico fue apendicitis aguda complicada (14 perforadas y 1 gangrenosa). Días promedio de terapia: intravenosa 5, oral 6. *Escherichia coli* se aisló

en los 15 casos. Criterios de eficacia: erradicación bacteriana y cura clínica en 14 casos, falla terapéutica en un caso. Se presentaron eventos adversos en seis pacientes sin necesidad de abandonar el estudio. **Conclusión:** Levofloxacino + Metronidazol es buena opción de tratamiento postoperatorio con amplio espectro y mínimos eventos adversos para tratar IISCL.

TL-250

UTILIDAD DEL ULTRASONIDO EN LA APENDICITIS AGUDA

Terrazas F, Daza JL, Sagui L, Baqueiro A, Dorantes M. Servicio de Gastrocirugía. Hospital Español. México, D.F.

Introducción: El ultrasonido es un buen método diagnóstico de apendicitis aguda y ha ganado mayor campo de acción en los últimos años. **Diseño:** Estudio longitudinal, prospectivo, en un periodo de 18 meses. **Objetivo:** Analizar la utilidad del ultrasonido para el diagnóstico de apendicitis aguda. **Pacientes y métodos:** Se analizaron 70 pacientes con sospecha de apendicitis aguda sometidos a ultrasonido abdominal de septiembre de 2001 a marzo de 2003. **Resultados:** El signo más frecuente es la presencia de líquido en fossa iliaca derecha en 16 pacientes (22.1%) Encontramos una sensibilidad del 85%, especificidad de 85%, Valor Predictivo Positivo (VPP) del 93% para los signos ultrasonográficos positivos (líquido periperitoneal, en fossa iliaca derecha y el signo de la Diana) y un Valor Predictivo Negativo (VPN) del 72% para los signos negativos de apendicitis (ciego fijo, inflamación e íleo en fossa iliaca derecha) El quiste de ovario reporta un VPN del 100%. 12 de 13 appendicectomías blancas (92.3%) tienen reportes de ultrasonido negativos. **Conclusiones:** El uso de ultrasonido tiene una buena sensibilidad y especificidad y VPP para el diagnóstico de apendicitis aguda en nuestra institución.

TL-007

ESTUDIO COSTO-EFECTIVIDAD DE TRES TÉCNICAS PARA COLECIESTOMÍA

Juárez CD, Hurtado DJL, Miranda GO, Escamilla OA. Hospital General de Zona 29 IMSS México D.F.

Objetivo: Demostrar el costo y su relación con la efectividad de tres técnicas para colecistectomía para determinar la de menor costo y mejor efectividad. **Material y método:** Se revisaron los expedientes de los pacientes sometidos a colecistectomía simple en forma retrospectiva entre el 1 de enero del 2003 y el 30 de abril de 2004, se excluyeron los pacientes con coledocolitis y con expediente incompleto, el análisis de costos se basó en la lista CPOP 579-02 (costos unitarios), incluye el costo promedio de cirugía, de consumibles. El análisis de costos se modificó de acuerdo a los días de estancia hospitalaria y al tiempo quirúrgico que corresponde el microcosmos del estudio, la efectividad se basó en la calidad postoperatoria relacionada con la morbilidad, se analizaron, edad, sexo, tipo de cirugía urgente-electiva complicaciones y mortalidad, los pacientes se agruparon de acuerdo a la técnica empleada en: colecistectomía convencional (CC), colecistectomía laparoscópica (CL) y colecistectomía por minilaparotomía (ML). **Resultados:** Se incluyeron 635 pacientes, 279 por minilaparotomía, 196 por laparoscopia, y 160 por convencional. La relación mujer-hombre por grupo fue de: ML 4.6-1, CL 7.5-1, CC 3.2-1, la edad promedio por grupos fue de 55.6 años (CC), 44.5 años (ML) y 36.05 años (CL). El costo promedio de cirugía es de \$7,067.00 pesos, en la CC se incrementa por 4.9 días de estancia y 87.86 minutos de tiempo quirúrgico, costo total \$21,640.00 pesos con la efectividad más baja por morbilidad de 18.12% y mortalidad de 1.2%, la CL, mostró un costo total de \$12,373.00 pesos con días de estancia de 1.4 y tiempo quirúrgico de 71.40 minutos y una efectividad muy buena con morbilidad de 5.6% y mortalidad de 0%, finalmente la ML, \$10,710.00 pesos, con 2.2 días de estancia promedio y 50.6 minutos de tiempo quirúrgico con una efectividad muy buena por una morbilidad del 3.58% y mortalidad de 0% p<0.005. **Conclusiones:** El costo se eleva principalmente por los días de estancia y el tiempo quirúrgico, de acuerdo a lo que se pensaba la colecistectomía laparoscópica no es la de mayor

Trabajos en Presentación Oral

costo y tampoco la de más efectividad resultando la minilaparotomía con una reducción de costos por días de estancia pero sobre todo al reducir el tiempo quirúrgico.

TL-237

IMPACTO DE UN PROTOCOLO PROSPECTIVO EN UN PROGRAMA DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA (CLA)

Prado E, Justo JJM, Theurel VG, De La Rosa PR, Lozano EA, Torres EI. Servicio de Cirugía y Anestesia Hospital General de Puebla y Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Introducción: A pesar de que la CLA se realiza rutinariamente, sigue habiendo pacientes que no son integrados a ésta, a pesar de los beneficios que conlleva. **Objetivo:-** Comparar un programa de CLA de 10 años de evolución contra el último año cuando se realizó un protocolo prospectivo con el objetivo de extender sus beneficios a más pacientes. **Método:** Se comparó el grupo de pacientes con CLA durante 10 años con el grupo a quien se le ingresó en un protocolo prospectivo en el último año, se analizó procedimiento, evolución, complicaciones y causas de falla. **Resultados.-** Grupo 1 (10 años) 1025 Colecistectomías Grupo 2 (prospectivo) 175 Colecistectomías.

| Total | CLA | CLA | M | H | Litiasis | Dife- | |
|--------------------------|-----|-------|-----|------|----------|-------|----------|
| CL | % | ProgA | % | real | % | % | rimiento |
| | | | | | | | del alta |
| | | | | | | | (%) |
| Grupo 1 (10 años) | 565 | 55 | 405 | 71.7 | 306 | 73.7 | 83 |
| | | | | | | | 17 |
| | | | | | | | 98.6 |
| | | | | | | | 24.4 |
| Grupo 2 (prospectivo) | 128 | 73.1 | 90 | 70.3 | 70 | 77.7 | 87.5 |
| | | | | | | | 12.5 |
| | | | | | | | 91.4 |
| | | | | | | | 22.2 |
| p < 0.5 | NS | NS | NS | NS | NS | < 0.5 | NS |

El porcentaje de diferimiento del alta y sus causas fueron similares en ambos grupos, así como la mortalidad (0%) y hubo una disminución de la morbilidad (10.1% vs 3.15%). **Conclusiones:** Los factores que se modificaron con la aplicación de nuestro protocolo fueron el mayor porcentaje de pacientes que se ingresaron al programa y reducción de la morbilidad.

TL-194

ANÁLISIS DE CONVERSIONES EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Gómez-HL, Méndez SCH, Ulloa RF, Muñoz MN, Rocha AM. Hospital Civil "Juan I. Menchaca" Servicio de Cirugía Laparoscópica. Guadalajara, Jal., Méx.

Antecedentes: La cirugía laparoscópica ha generado nuevos términos (conversión) y puesto en debate cuestiones que parecían superadas. Se le reconocen índices de morbilidad y mortalidad menores que con la cirugía abierta convencional, pero existe un sentimiento general de que estas cifras podrían estar subestimadas. La conversión define la falla de nuestra destreza o una incapacidad técnica para concluir un procedimiento de forma laparoscópica. **Objetivo:** Se pretende, con este estudio, conocer la cifra de conversión, en un hospital con un programa de enseñanza. **Material y métodos:** Retrospectivo y descriptivo. Revisión de expedientes propios del Servicio de Laparoscopia. **Resultados:** Del año 1994 al 2004 se realizaron 3, 201 procedimientos laparoscópicos con 57 conversiones (1.7%), con una incidencia mayor en sexo masculino (3.1/1.8%) y grado IV de inflamación en colecistitis (30%). El 90% de los casos se convirtió por incapacidad para identificar estructuras, sangrado, lesión de víscera). En 3.2% por falla técnica. **Discusión:** La evolución de esta técnica hace que cada día sea más segura, sin embargo es importante reconocer el momento adecuado para convertir a procedimiento abierto cuando sea necesario. **Conclusiones:** Índice de conversión del 1.7%, bajo considerando que se trata de un hospi-

tal con un Sistema de Enseñanza Continua. Satisfactorio hasta el momento. Conversión no es un fracaso, si no una elección que implica conocimientos y madurez quirúrgica.

TL-183

DILATACIÓN DEL CONDUCTO CÍSTICO EN COLELITIASIS CON COLEDOCOLITIASIS EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA, CON DILATADORES METÁLICOS LAPAROSCÓPICOS DEL CONDUCTO CÍSTICO

Hinojosa PA, Castillo LL, Piza BR, Rodríguez CS, Estrada CA, Torres VJM

Objetivo: Presentación de los dilatadores metálicos del conducto cístico laparoscópicos. Demostrar la utilidad de los dilatadores. **Material y métodos:** Demostración en un paciente, con litiasis y colecodolitiasis a quien se le dilató el cístico 8 mm, y se introdujo a través de éste un broncoscopio. **Resultados:** El procedimiento de la dilatación del conducto cístico con los dilatadores metálicos laparoscópicos se lleva a cabo sin complicaciones ni riesgo para el paciente. **Conclusiones:** Al dilatar el conducto cístico más de 6 mm abre una puerta para introducir a través del cístico no solamente el coledoscopio sino como en este caso introducimos un broncoscopio, lo que facilitará en el futuro las maniobras dentro del colédoco.

TL-006

GÉNERO MASCULINO, ¿FACTOR DE RIESGO EN COLECISTECTOMÍA?

Jáurez CD, Hurtado DJL, Miranda GO, Escamilla OA. Hospital General de Zona 29 IMSS México D.F.

Objetivo: Demostrar que la colecistectomía en hombres es de mayor riesgo y determinar las causas. **Material y método:** Se revisaron en forma retrospectiva los expedientes de los pacientes sometidos a colecistectomía entre el 1 de enero del 2003 y el 30 de abril del 2004, se analizó el género para determinar si existe un mayor riesgo al practicar la colecistectomía en hombres al compararla con la practicada en las mujeres, además de sexo, número de pacientes con complicaciones propias de la colecistitis aguda y su diferencia entre ambos grupos, finalmente el porcentaje de complicaciones y muertes postoperatorias. **Resultados:** En total se incluyeron 636 pacientes. 525 mujeres (82.55%) y 111 hombres (17.4%), la edad promedio para los hombres fue de 43.4 años y para la mujer de 39.1 años, en cuanto al tipo de cirugía en hombres 55 pacientes (49.5%) se operaron en forma urgente y 56 (50.4%) pacientes en forma electiva, en el grupo masculino 40 pacientes (72%) tenían complicaciones propias de la colecistitis aguda, mientras que en el género femenino sólo 78 pacientes (57%) tenían complicaciones. El diagnóstico más común en el grupo masculino para cirugía electiva fue el de colecistitis crónica litiasica 91% y en el femenino también 98.2%, mientras que en el grupo de cirugía urgente los diagnósticos más comunes en el hombre fue hidrocolecolecisto 18 pacientes y piocololecisto 16 pacientes. En total la morbilidad postoperatoria fue de 11.7% para los hombres y de 6.58% para las mujeres p<0.005 y mortalidad de 0.9% y de 0.1% respectivamente. **Conclusiones:** La colecistectomía en hombres es de mayor riesgo que en las mujeres, la causa principal está en que el porcentaje de cirugías urgentes es mucho mayor y que se realiza con complicaciones propias de la colecistitis aguda con mayor frecuencia, lo que incrementa la morbilidad.

TL-212

EXPERIENCIA EN LA REALIZACIÓN DE SONOGRAFÍA Y CORRELACIÓN CLÍNICA E HISTOLÓGICA EN COLECISTITIS

Casaus AME, Martínez GAM. HG SZ/6 Parras de la Fuente, Coahuila.

Antecedentes: Más del 90% de las colecistitis agudas están asociadas a la presencia de litiasis vesicular, el 10% se considera alitiásica. Es difícil establecer diagnóstico en un paciente asintomáti-

Trabajos en Presentación Oral

co, ya que existen enfermos con cálculos biliares, que tienen síntomas inespecíficos como dispepsia vaga, timpanismo o flatulencia abdominal, no estableciendo la relación entre los síntomas, aún así, un gran número de pacientes mejora con el procedimiento quirúrgico. La evolución de la enfermedad puede ser desde cólico vesicular, colecistitis aguda, hidrocolecolecisto, piocolécolecisto, perforación vesicular, peritonitis generalizada, colangitis, abscesos o septicemia. **Objetivo:** Reportar la experiencia en un HGS/Z, entre la correlación clínica, sonográfica, quirúrgica y resultado histopatológico, en colecistitis. **Material y métodos:** Es un estudio descriptivo, retrospectivo, donde se incluyeron en un periodo de 2 años, de marzo del 2002 a marzo del 2004, todos los pacientes referidos por medicina familiar, con síntomas asociados a colecistitis, para realizar sonografía diagnóstica al servicio de Cirugía General. Al realizar el estudio, se propuso tratamiento quirúrgico a los pacientes que tenían correlación entre los síntomas y los resultados, posterior a ello, se envió la pieza a patología, para verificar el resultado y se hizo un seguimiento de mínimo 6 meses, en la evolución del paciente, después de la cirugía. **Resultados:** Se estudiaron un total de 119 pacientes, de los cuales a 98 se les realizó sonografía en forma programada, 37 fueron de urgencia. Se excluyeron 31 pacientes por no presentar patología biliar por sonografía, 26 fueron programados y 5 de urgencia, se realizó contrarreferencia a sus médicos familiares para continuar su estudio, ningún paciente fue referido nuevamente. De los 88 pacientes que asociaron síntomas de colecistitis y correlación sonográfica, 67 fueron programados y 21 de urgencia, proponiendo tratamiento quirúrgico en todos los casos, se realizaron 67 cirugías en forma programada, 61 colecistectomías litiásicas, 6 alitiásicas y 21 en forma urgente, de las cuales 13 presentaron coledocolitiasis y requirieron exploración de vías biliares, 6 hidrocolecolecisto y en 2 casos piocolécolecisto. En 2 pacientes no hubo correlación ecográfica con los hallazgos quirúrgicos, pero sí con el diagnóstico histopatológico, por lo que se consideró error de ejecución. Durante el seguimiento no se presentaron síntomas postcolecistectomía. **Conclusión:** Por un mismo equipo, se puede realizar diagnóstico, tratamiento y seguimiento sin referir pacientes, a un segundo o tercer nivel, optimizando tiempo y minimizando complicaciones, con una sensibilidad en nuestro estudio del 97%.

TL-242

PRINCIPALES CAUSAS DE PATOLOGÍA ABDOMINAL QUIRÚRGICA, EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL "VASCO DE QUIROGA" ISSSTE, MORELIA

Soto GJA, García LA, Nájera SL, Lachino MA

La mayoría de pacientes que se presentan al servicio de Urgencias del hospital, lo hacen dos o tres días posteriores al inicio de su sintomatología y una vez que han recibido tratamiento médico o en forma empírica con analgésicos y antibióticos, lo que hace que modifique la signología y sintomatología de su patología inicial. **Objetivo:** Conocer las principales causas de patología dolorosa abdominal en nuestro medio que nos permita dirigir los estudios paraclinicos hacia esta entidad nosológica y descartarla o confirmarla en un menor tiempo, disminuyendo así la morbi-mortalidad, estancia hospitalaria y secuelas para el paciente. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional. Revisamos expedientes de pacientes admitidos al servicio de urgencias del hospital con diagnóstico de S. doloroso abdominal, del 1 de mayo del 2003 al 31 de diciembre del 2003 con o sin tratamiento previo. **Resultados:** Se revisaron 291 pacientes, con una edad promedio de 49.6 años, correspondiendo a 179 (66%) hombres y 112(44%) mujeres, con una relación 1.5:l mujer/hombre. La etiología más frecuente fue CCL en un 32.3% de mujeres y 13.7% de hombres, seguido de apendicitis aguda en 16.1% de mujeres y 12% de hombres, la tercera causa fue el abdomen agudo secundario a obstrucción intestinal mecánica en igual proporción para ambos sexos en un 5.1%. El 1.7% para pancreatitis, 1.7% para hernias de pared y el 1% para ulceragástrica perforada, siendo sólo el 0.6% para el trauma abdominal. **Conclusiones:** En nuestro hospital la colecistitis aguda es la princi-

pal causa de S. doloroso abdominal con datos locales de irritación peritoneal, afectando en mayor proporción al sexo femenino y requiriendo de su resolución quirúrgica durante su estancia por lo avanzado de la presentación del cuadro clínico.

TL-050

DETECCIÓN TEMPRANA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL (SCA)

Ávila-Cuevas GE, Flores-Álvarez E, De la Torre-González JC, López-Rodríguez JL, Reynoso-Talamantes D, Valle-González MC. Departamento de Cirugía, Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo, SSA. Aguascalientes, Ags.

Antecedentes: El SCA es una entidad clínica sistémica desencadenada por un incremento en la presión intrabdominal (PIA), caracterizada clínicamente por distensión abdominal y alteraciones de la función respiratoria, cardiovascular, neurológica y renal. **Objetivo:** Demostrar el valor de la detección temprana de la hipertensión intraabdominal (HTIA) y del SCA e identificar los factores de riesgo más comunes. **Material y métodos:** Estudio prospectivo que incluyó a todos los pacientes mayores de 18 años ingresados al Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo con factores de riesgo conocidos para SCA, entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre del 2003. A todos se les realizó medición de la PIA transvesical en forma sistemática y fueron sometidos a descompresión quirúrgica en caso de HTIA grados III-IV. **Resultados:** Fueron incluidos un total de 32 pacientes, 23 hombres y 9 mujeres, con una media de edad de 45.0 ± 18.34 años. 23 pacientes desarrollaron HTIA grados I-II (grupo I) y 9 grados III-IV (grupo II). Nueve pacientes (28.1%) fueron sometidos a descompresión quirúrgica. Los diagnósticos más comunes fueron: Trauma abdominal cerrado (28%), hernias (15%), oclusión intestinal (12.5%), pancreatitis (9.4%) e isquemia intestinal (6.3%). La HTIA grados III-IV se presentó más comúnmente en pacientes reintervenidos ($p=0.038$), con acidosis metabólica ($p=0.003$), con anuria ($p<0.001$) y con hipotensión arterial sostenida ($p=0.004$). Las variables asociadas significativamente a la mortalidad fueron la anuria ($p=0.024$) y la HTIA grados III y IV (0.017). **Conclusiones:** Es posible realizar la detección temprana de la HTIA y del SCA mediante la medición indirecta de la PIA. Los factores de riesgo más importantes asociados a la mortalidad son la anuria y la HTIA grado III y IV.

TL-053

FACTORES PRONÓSTICOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TRAUMA DE RECTO

Cruz C, Coyoli O, Trejo J, Torres G, Hernández L, De la Rosa M, Carrasco JA. Hospital Xoco Secretaría de Salud GDF, Hospital Regional Adolfo López Mateos ISSSTE

El tratamiento quirúrgico de las lesiones de recto es en la actualidad motivo de importantes controversias la existencia de factores pronósticos puede favorecer la toma de decisiones. **Objetivo:** Identificar la presencia de factores pronósticos asociados a la presencia de complicaciones y mortalidad en pacientes con trauma de recto. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo que incluyó a pacientes que con el diagnóstico de trauma de recto acudieron a las instituciones participantes en el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 1996 y el 31 de enero del 2004, se analizaron 25 variables de tipo clínico, bioquímico y epidemiológico con la finalidad de encontrar factores pronósticos, se utilizó estadística inferencial, pruebas paramétricas y no paramétricas, análisis univariado y multivariado, se consideró como significancia estadística a $p < 0.05$. **Resultados:** Se incluyeron dentro de este estudio a un total de 78 pacientes de los cuales el 82% (64 pacientes) pertenecían al sexo masculino y el 18% (14 pacientes) al sexo femenino, la edad promedio fue de 47 ± 13 años. Se registró algún tipo de complicación en el 10% registrándose mortalidad en el 2.6% de la totalidad de la muestra, la edad, índice de gravedad del trauma (ISS), estado de choque, tiempo de evolución, grado de lesión rectal y presencia de lesiones asociadas, mostraron significancia

en el análisis univariado como factores pronósticos asociados a la presencia de complicaciones, el estado de choque, lesiones asociadas y tiempo de evolución mostraron significancia asociadas a la mortalidad. Al efectuar análisis multivariado se encontraron como factores de riesgo independientes para complicaciones, ISS, estado de choque y lesiones asociadas, mientras que la presencia de estado de choque y lesiones asociadas son factores independientes para predecir mortalidad. **Conclusión:** De la totalidad de variables estudiadas la presencia de estado de choque, tiempo de evolución, ISS y lesiones asociadas, son factores pronósticos independientes para la presencia de morbimortalidad en pacientes con trauma de recto.

TL-031

TRAUMATISMOS VASCULARES POR ARRIBA DEL ARCO AÓRTICO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ESTATAL LIC. ALM. TOLUCA, MÉX
Córdoba GH, Jaramillo GMA, Soto SBL, Barrera FJL, Quaas GRH

Objetivo: Determinar la frecuencia, el agente causal y los resultados quirúrgicos en pacientes con traumatismo vascular arterial supraaórtico. **Material y métodos:** Se realizó el estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal en el cual se revisaron los expedientes de los pacientes que ingresaron al hospital con trauma vascular arterial supraaórtico en un periodo de 9 años.

Criterios de Inclusión: Sujetos de ambos sexos, cualquier edad, evidencia durante exploración quirúrgica o bien por angiografía de lesión mencionada y resultada de su tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se encontraron 9 casos, 8 hombres y una mujer, predominó la tercera década de la vida, el agente causal más común el proyectil de arma de fuego, el territorio anatómico más afectado fue el territorio subclavicular axilar, hubo tres pseudoaneurismas, 2 fistulas arteriovenosas, 2 secciones parciales del vaso y 2 secciones completas. El tiempo de evolución osciló entre 18 h a 2 años y el procedimiento más empleado fue la resección del segmento afectado con colocación de injerto vascular: una amputación de la extremidad, un paciente con afasia y uno más cursó con insuficiencia respiratoria que se recuperó adecuadamente. **Conclusión:** El trauma vascular arterial supraaórtico es poco común como se refiere en la literatura, su manejo es complejo y está sujeto a un alto índice de complicaciones.

TL-164

MANEJO CONSERVADOR DEL TRAUMA PENETRANTE DE LA PARED ANTERIOR DEL ABDOMEN: EXPERIENCIA DE 30 CASOS EN UN CENTRO ESTATAL DE TRAUMA

Bautista CR, Coello HJL, Rivas MLM, Villaseñor JA, Samaniego AG, Mier y Terán SJ, De la Fuente EC, Blanco GA, Trinidad VE, Aguirre SV, Peña VMA, Romero RMA, García PR

El manejo del traumatismo abdominal ha sufrido grandes cambios en la última década; desde el inicio del manejo no operatorio en trauma contuso abdominal se ha visto una gran tendencia hacia el manejo selectivo, incluyendo el traumatismo penetrante; es por ello que en el Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, designado Centro Estatal de Trauma, en la ciudad de Villahermosa, Tabasco; se presenta nuestra experiencia en manejo conservador del trauma penetrante de la pared anterior del abdomen. Se realizó una revisión retrospectiva en la que se incluyeron todos los casos que ingresaron por trauma penetrante de la pared anterior del abdomen y que se inició manejo conservador; se determinó en cada caso: Edad, sexo, cinemática del trauma, Escala Revisada de Trauma (RTS), condiciones clínicas, estudios diagnósticos, evolución, morbilidad, desenlace e Índice de Gravedad de la Lesión (ISS). Se reportan 30 casos con trauma penetrante de la pared anterior del abdomen por instrumento punzo-cortante, todos del sexo masculino, edad promedio 27.7 años (rango 17 a 60), la RTS promedio fue de 12 (rango 11 a 12), sólo en un caso se presentó a su ingreso datos de irritación peritoneal, al 100% se les realizó evaluación sonográfica abdomi-

nal (FAST), reportándose positivo en el 13%, se corroboró resultado de FAST en el Depto. de Rx en 43% reportando positivo en 27%, el Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) se realizó en el 37% de los casos pero en ninguno el resultado fue positivo, se realizó tomografía helicoidal en 37%, reportando lesión en el 13%. Se convirtió a manejo quirúrgico un caso por datos clínicos. En ningún caso de manejo conservador se presentó morbilidad, pero en el caso que requirió manejo quirúrgico se presentó una complicación menor. Concluimos en base a nuestra experiencia que: 1. El manejo no operatorio del trauma penetrante de la pared anterior del abdomen puede ser una muy buena alternativa en casos seleccionados. 2. La evaluación clínica repetida es un parámetro confiable para determinar la necesidad de cirugía en casos de trauma penetrante de la pared anterior abdominal. 3. La evaluación con ultrasonido del abdomen en pacientes con trauma penetrante anterior puede ser una herramienta útil en la toma de decisiones. 4. La tomografía helicoidal es una herramienta necesaria para identificar lesiones intraabdominales en trauma penetrante abdominal cuando el ultrasonido reporta líquido libre y/o no es concluyente.

TL-163

TRAUMA RENAL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO ESTATAL DE URGENCIAS

Villaseñor JA, Bautista CR, Samaniego AG, Mier y Terán SJ, Blanco GA, Romero RMA, Rivas MLM. División de Cirugía General. Hospital General "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez" SS Villahermosa

Introducción: El trauma renal es el daño más común de los traumatismos del sistema urinario y constituye aproximadamente el 10% de todos los traumatismos abdominales. El 90% es causado por trauma cerrado de abdomen. En la mayoría de los traumatismos renales, las lesiones mayores son ocasionadas por traumatismos penetrantes en comparación con los traumatismos cerrados (45% versus 15%). **Objetivo:** Presentar la experiencia en pacientes con lesión renal que ingresaron al Hospital Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, Designado Centro Estatal de Trauma, en un periodo de cinco años.

Material y métodos: Se revisaron los expedientes de pacientes que ingresaron al hospital con trauma abdominal y que su diagnóstico final incluía lesión renal en el periodo de enero de 1998 a diciembre del año 2003. **Resultados:** Se encontró un total de 32 pacientes. Predominó el sexo masculino en 28 casos (88%). La edad promedio fue de 26 +11 (rango de 3 a 57). El trauma cerrado se documentó en 20 pacientes (63%), penetrante en 12 (38%). La cinemática encontrada en trauma cerrado fue: contusión directa abdominal en 6 casos (63%), atropellados 6 (30%), choque automovilístico en 6 (30%), volcadura automovilística 1 caso (5%) y otro caso que fue proyectado de su automóvil. La causa de lesión en trauma penetrante fue: por instrumento punzocortante en 9 casos (45%), dos por arma de fuego (10%) y uno por empalmamiento (5%). La Escala Revisada de Trauma (RTS) promedio fue 11 + 1 (rango 7 a 12); ocho pacientes ingresaron en estado de choque (25%). En 16 (50%) pacientes se reporta hematuria macroscópica y microscópica en 2 (6%). El ultrasonido en urgencias se realizó en cuatro pacientes siendo positivo en un caso, se corroboró resultados con ultrasonido por especialista en 12 pacientes reportando líquido libre en cavidad abdominal (83%) e identificó una lesión renal. En seis pacientes se les realizó Lavado Peritoneal Diagnóstico (LPD) con resultado positivo macroscópico en todos. La tomografía helicoidal se utilizó en 12 pacientes con reporte de lesión grado IV en 2 (17%), una lesión grado III (8%), cinco lesiones grado II (42%) y cuatro con lesión grado I (33%). Requirieron a su ingreso manejo quirúrgico 18 pacientes (56%) y se inició manejo conservador en 14 (44%). El motivo de manejo quirúrgico fue deterioro hemodinámico en 10 pacientes (56%), en seis por evaluación clínica (33%) y en dos por LPD (11%). En 5 casos se convirtió el manejo conservador, tres (60%) por datos clínicos, uno (20%) por inestabilidad hemodinámica y uno (20%) por fistula urinaria. El Índice de Gravedad de la Lesión (ISS) promedio fue 13 (rango 1 – 50), en 13 (41%) pacientes fue mayor de 15. Dos pacientes fallecieron. **Conclusiones:** 1. No encontramos diferencia estadísticamente

te significativa entre el manejo conservador y quirúrgico. 2. La causa más frecuente de lesión renal fue trauma cerrado. 3. El ISS mostró un porcentaje elevado de pacientes graves. 4. Cuando existe compromiso renal grave, en un alto porcentaje se encuentran lesiones devastadoras asociadas que condicionan la gravedad y/o la muerte de los pacientes.

TL-144

LESIÓN DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA. ANÁLISIS DE 6 CASOS

Hernández RLD, Ramírez GM, HR. "O". No. 34. Tlaxiaco, Oaxaca. Programa IMSS-Oportunidades

Antecedentes. El diagnóstico de pacientes con trauma toraco-abdominal representa un punto difícil, ya que son pocos los datos clínicos que nos dan la certeza de lesión diafragmática. Si el diagnóstico no se realiza rápidamente, muchos pacientes desarrollarán herniación visceral con riesgo de estrangulamiento. Existen tres fases en la presentación clínica de la hernia diafragmática postraumática. **Objetivo del estudio:** Análisis de 6 casos, presentados en un período de 5 años. **Material y métodos:** Presentamos una revisión de 5 años. Encontrando 6 pacientes con lesiones del diafragma secundarios a trauma. La edad promedio de estos pacientes fue de 33.4 años, el 83 % correspondió a trauma penetrante y el lado predominante fue el izquierdo. La sintomatología observada correspondió: Oclusión intestinal 83%, síntomas respiratorios 66%. El hallazgo radiológico visto en forma retrospectiva se observó en el 100%, pero no fue sospechado en todos. El diagnóstico preoperatorio sólo se realizó en el 50% de los casos. El tiempo promedio de los pacientes desde la lesión hasta su manejo definitivo fue el siguiente: Fase aguda 2 días (un paciente), fase latente 4 años (tres pacientes) y tardía 12 años (dos pacientes). La mortalidad observada fue de 16 % y perteneció a un paciente de la fase crónica. **Conclusiones:** La lesión del diafragma por trauma sigue siendo un reto para el cirujano en cuanto a su diagnóstico temprano y tratamiento precoz. Actualmente con el advenimiento de la laparoscopia es una buena alternativa tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, más sin embargo en los hospitales rurales donde laboramos la acuciosidad en el interrogatorio y la placa de tórax son de gran importancia para establecer el diagnóstico.

TL-245

QUEMADURAS: TRATAMIENTO CON MEMBRANA AMNIÓTICA

Saavedra RN, Durán NLA, Pérez ME, Miranda SSA, Serrano MI. Servicio de Cirugía General, Hospital General Huamantla

Antecedentes: Una de las lesiones físicas más devastadoras son las quemaduras, se requiere de una atención rápida, segura y eficaz. La membrana amniótica se ha empleado en el tratamiento de diversas patologías con solución de continuidad, como en dermoabrasiones, úlceras por decúbito, cirugía oftalmológica y en quemaduras. **Objetivo:** Comparar la eficacia de la membrana amniótica vs. tratamiento tradicional en quemaduras. **Material y métodos:** Mediante estudio intervencionista, prospectivo, longitudinal y comparativo se estudiaron 164 pacientes con quemaduras. Se formaron 2 grupos: A) tratamiento tradicional 68 casos. B) tratamiento con membrana amniótica 96 casos. A todos se les realizó aseos quirúrgicos bajo sedación o anestesia general. Las variables analizadas fueron: Edad, estancia intrahospitalaria, complicaciones. Otros factores analizados fueron: tipo de quemadura y el dolor. **Resultados:** La mediana para la edad fue de 32.2 años para el grupo A y 20.2 en el B. Variables: Grupo A, grupo B; estancia intrahospitalaria 10 días (1-32), 4(1-7) p<0.002. Complicaciones: A 25%, B 5.2%, p<0.01. **Discusión:** el tratamiento de quemaduras en forma tradicional se ha realizado con curación diaria de las heridas, que conlleva a mayor estancia intrahospitalaria, complicaciones y malestar del paciente. El tratamiento con membrana amniótica demostró en nuestro estudio ofrecer mayores ventajas y mejores resultados. **Conclusión:** La membrana amniótica es más efectiva, de fácil manejo y económica en el tratamiento de quemaduras.

TL-175

PATRONES DE RECURRENCIA EN CARCINOMA COLORRECTAL

Toledo R, Meza J, León E, Arch J, González Q, Takahashi T. Departamentos de Cirugía Colo-rectal y Oncología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Existe poca información de los patrones de recurrencia en el cáncer colo-rectal (CCR) en nuestro medio, el tipo de tratamiento realizado y sus resultados. **Objetivos.** Determinar los patrones anatómicos de recurrencia del CCR en cirugías con intento curativo en el INCMSZ. **Material y método:** Se analizó una cohorte retrospectiva de 165 pacientes operados por CCR en el INNSZ entre 1985 y 1994, se seleccionaron 32 pacientes que presentaron recurrencia y se revisaron sus expedientes clínicos. Clasificamos en tres categorías el patrón de recurrencia anatómico: A: local, B: diseminación peritoneal y C: metástasis distantes. **Resultados:** La edad media de presentación fue de 59.4 años, 18 hombres (56.2%) y 14 mujeres (43.7%). La localización primaria fue en colon (CC) en 16 casos (50%) y en recto CR 16(50%). El estadio inicial en CC fue I: 1caso (6.25%), II: 6 (37.5%), III 9 (56.2%); en CR I:1(6.25%), II: 8 (50%), III: 7 (43.75%). La recurrencia anatómica general fue en A:9 (28.1%), B:5 (15.6%) y C:18 (56.25%), de éstos en CC: A: 7casos (43.7%),B:2 (12.5%),C:7 (43.7%), y en CR A:2 (12.5%),B:3 (18.7%),C:11(68.7%). El principal sitio de recurrencia general fue hígado 23.8%, pulmón 19% y colon 16.6%. Se realizó tratamiento Qx en 17 (53.1%) de las cuales: 4 (12.5%) fueron cito-reducciones peritoneales, 6 (35.2%) resecciones intestinales, 3 (17.6%) resecciones de metástasis hepáticas, 2 (11.7%) resecciones locales. El manejo con QT se realizó en 14 (43.7%), RT en 6 (18.75%). Las curvas de supervivencia para el grupo total, para los pacientes operados o no y dependiendo del patrón de recurrencia pueden verse a continuación en las proyecciones. Aunque los pacientes operados tuvieron tendencia a una mejor supervivencia, no se logró demostrar diferencia estadística. **Conclusiones.** El CCR recurrente es una entidad grave. Conocer los patrones de recurrencia y los resultados será de utilidad para la toma de decisiones, y justifica el tratamiento quirúrgico.

TL-155

MARCADORES SEROLÓGICOS DE ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA

Vela-Sarmiento I, Menéndez-Arzac R, Cárdenas-Lailson LE, Pera-Gálvez V. Hospital General "Dr. Manuel Gea González" SS, México D.F.

Antecedentes: La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica más común del abdomen sin existir un método 100% eficaz para su diagnóstico. El retraso en éste conduce a la perforación apendicular en un 15%. Realizar diagnósticos equivocados conduce a un alto número de apendicectomías negativas. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de los marcadores serológicos de isquemia intestinal aguda en el diagnóstico temprano de la apendicitis aguda. **Material y métodos:** presentación oral. Estudio comparativo, abierto, observacional, prospectivo, transversal. De enero del 2002 al 2003 se incluyeron 164 pacientes con cuadro clínico de abdomen agudo sugestivo de apendicitis. Se tomó muestra venosa para marcadores serológicos para isquemia intestinal: amilasa sérica, deshidrogenasa láctica, transaminasa glutámico oxalacética, transaminasa glutámico pirúvica, fosfatasa alcalina y creatinina fosfocinasa. Se consideraron como pacientes sin enfermedad aquellos en que se descartó apendicitis aguda en base a su evolución o con estudio histopatológico. Una vez realizada la apendicectomía se corroboró el diagnóstico con estudio histopatológico. El análisis se realizó calculando los valores de sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo, eficacia global de cada parámetro.

Resultados: El marcador más sensible fue ALT con 92% de sensibilidad con especificidad de 11%, así mismo las bandas tuvieron una sensibilidad de 93% con especificidad de 12%, a éstos le sigue las bilirrubinas totales con sensibilidad de 91% y especificidad de 14%.

Conclusiones: Actualmente no existe un método 100% eficaz para el diagnóstico de apendicitis. El uso de marcadores serológicos para isquemia intestinal mejoran la sensibilidad para el diagnóstico de esta entidad aunque con una baja especificidad.