

Cirujano General

Volumen **26**
Volume

Suplemento **1**
Supplement

Octubre-Diciembre **2004**
October-December

Artículo:

Parte III.

Resúmenes páginas: S39 a S67

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-220

TRASPLANTE DE TEJIDOS CARDIOVASCULARES CRIOPRESERVADOS. EXPERIENCIA INICIAL EN MÉXICO

Serrano GG, Serrano LR, Carmona L. Hospital General de México. México D.F.

Los tejidos cardiovasculares criopreservados o aloinjertos valvulares y arteriales criopreservados han sido utilizados para reconstrucciones en patologías cardiovasculares. En México no habían sido utilizados con anterioridad. El objetivo fue el mostrar la utilidad de los aloinjertos arteriales y valvulares criopreservados como opción en las reconstrucciones en patologías en los segmentos aortoiliaco, femoral, femoropoplíteo y valvular aórtico. Se trasplantaron pacientes (6) con las siguientes patologías: endocarditis aórtica, enfermedad oclusiva aortoiliaca, aneurisma femoral y enfermedad oclusiva femoropoplíteo. Se trasplantaron 9 aloinjertos vasculares y valvulares criopreservados para estos seis pacientes. Los aloinjertos funcionaron adecuadamente en todas las posiciones en los cuales se trasplantaron independientemente del origen anatómico de los aloinjertos. Ninguno mostró ruptura ni dehiscencia mostrando buen desempeño hemodinámico así como excelente maniobrabilidad técnica después del descongelamiento del tejido. En el seguimiento tres pacientes evolucionaron adecuadamente y tres murieron por complicaciones de la enfermedad de base. Los aloinjertos valvulares y vasculares criopreservados mostraron ventajas sobre las prótesis existentes y buen funcionamiento hemodinámico después del trasplante. Se propone el establecimiento de un banco de tejidos cardiovasculares criopreservados para México.

TL-141

TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS ARTERIAL RENAL POSTERIOR A TRASPLANTE CON ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA Y ENDOPRÓTESIS METÁLICA EXPANDIBLE

Zendejas-Ruiz I, Plata-Muñoz JJ, Aguilar JR, Dorantes J, Narváez R, Cabrera T, Bezaury P, Alberú J. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán

Introducción: La estenosis arterial renal (EAR) postrasplante es causa de hipertensión arterial (HTA) y disfunción del injerto; la incidencia fluctúa de 1 a 25%. **Objetivo:** Reportar la experiencia del INCMNSZ. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo que incluyó todos los pacientes con EAR postrasplante tratados con angioplastia transluminal percutánea (ATP) y colocación de endoprótesis metálica expandible (EME) en los últimos cinco años. **Resultados:** Cinco hombres, una mujer, con edades de 20 a 52 años, el tiempo entre el trasplante y el diagnóstico fluctuó de 25 días a 65 meses. En 50% de los pacientes la anastomosis fue término-terminal a la hipogástrica. La manifestación inicial fue HTA requiriendo ≥ 3 antihipertensivos para su "control" en 4/6, en el resto fue elevación de creatinina sérica (CrS). El estudio diagnóstico inicial fue ultrasonido Doppler y se corroboró por angiografía. Se realizó ATP y colocación de EME en todos los casos. Se obtuvo disminución de CrS en dos pacientes (pre: 1.63 y 4.6 mg/dl, post: 1.2 y 1.12 mg/dl, respectivamente) y descenso de TA en los cuatro restantes (pre: 160/90, 190/80, 170/110 y 180/110 mmHg; post: 130/80, 130/80, 130/90 y 120/80 mmHg, respectivamente) y reducción en el número de fármacos (≤ 2). No hubo complicaciones ni evidencia de recurrencia durante el seguimiento (3-55 meses). **Conclusiones:** La ATP con colocación de EME es segura y efectiva para corregir la HTA y la alteración funcional renal consecutivas a EAR. El seguimiento ha demostrado la efectividad sostenida de este procedimiento para mantener la permeabilidad.

TL-203

TRASPLANTE RENAL EN ISSEMYM

Mondragón-Sánchez R, Bernal-Maldonado R, Arteaga-Aguilar S, Galicia R, Zea MV, Cuellar N, Mondragón-Sánchez A, Gómez-Gómez E, Martínez-González MN, Iturbe-Jaimes O, Corona-Bautista D. Coordinación Quirúrgica, Centro Médico ISSEMYM. Metepec, México

Antecedentes: El trasplante renal es la única forma de tratamiento definitivo para los pacientes con insuficiencia renal, es un procedimiento seguro en manos expertas, en los últimos años se cuenta con medicamentos inmunosupresores más eficaces y seguros. **Objetivo:** Analizar la base de datos de pacientes a quienes se les realizó trasplante renal de abril de 1992 a julio de 2004 en dos instituciones de salud del estado, dependientes del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM). **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes a quienes se les realizó trasplante renal en el Hospital de Concentración Toluca (HCT) realizados en el periodo de abril de 1992 a enero del 2003 y en el Centro Médico ISSEMYM (CMI) de febrero de 2003 a julio del 2004. Se analizaron variables epidemiológicas, así como el tratamiento previo al trasplante, el tipo de donador utilizado, el funcionamiento renal antes y después del trasplante, así como las complicaciones y supervivencia. **Resultados:** Un total de 77 pacientes con insuficiencia renal fueron trasplantados en el ISSEMYM, 54 (70%) pacientes fueron trasplantados en el HCT en un periodo de 10 años y 23 (30%) pacientes fueron trasplantados en el CMI en un periodo de 17 meses. Cuarenta y cuatro pacientes fueron hombres y 33 mujeres, con una edad promedio de 30.9 años (rango 12 a 62 años). El tratamiento para la insuficiencia renal previo al trasplante era diálisis peritoneal continua ambulatoria en 53 pacientes (68%), hemodiálisis en 14 pacientes (18%), 6 (7%) con diálisis peritoneal y hemodiálisis y en 4 pacientes se desconoce el tratamiento previo. En el HCT 44 (81%) trasplantes fueron de donador vivo relacionado y 10 (19%) de donador cadavérico. En el CMI 12 (52%) trasplantes fueron de donador vivo relacionado y 11 (48%) de donador cadavérico. Veintidós (40%) pacientes presentaron complicaciones operatorias en HCT y cinco (21%) pacientes en CMI, 17 (31%) pacientes presentaron complicaciones tardías en HCT y cuatro (17%) en CMI. Se presentó rechazo agudo en ocho (10%) pacientes y rechazo crónico en un paciente. Se presentó pérdida del injerto en dos (3.7%) pacientes en HCT y en tres (13%) en CMI. Siete (9%) pacientes presentaron infección secundaria a la inmunosupresión. Actualmente 64 (83%) pacientes se encuentran vivos y 13 (17%) pacientes se encuentran muertos. **Discusión:** El trasplante renal es un procedimiento seguro en manos expertas, entre las complicaciones más comunes de este procedimiento es el rechazo agudo, se registran un gran número de complicaciones infecciones secundarias a la inmunosupresión. **Conclusiones:** El número de trasplantes renales realizados en el ISSEMYM ha aumentado en los últimos años, se han registrado menor número de complicaciones probablemente secundario al manejo multidisciplinario y al uso de nuevos medicamentos inmunosupresores.

TL-143

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES COLÓNICAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

Jaramillo C, Alberú J, González Q, Ortiz V, Takahashi T. Departamento de Cirugía INCNSZ, Departamento de Trasplantes INCNSZ.

Antecedentes: La incidencia de complicaciones colónicas en los pacientes trasplantados renales se encuentra aumentada en relación a la población general, así como la agresividad de éstas. **Metodología:** En un estudio retrospectivo y descriptivo de un grupo de 701 pacientes sometidos a trasplante renal, con diferentes evoluciones en cuanto a la función renal y el esquema inmunosupresor. Se analizó la incidencia de las complicaciones, así como la morbimortalidad relacionada a éstas. En un periodo de tiempo 1967 a 2003. **Resultados:** Se encontraron que 23 pacientes desarrollaron algún tipo de complicación colónica, seguida del trasplante renal. Quince eran hombres (65.2%) y 8 mujeres (34.8%). Con una incidencia de complicaciones de 3%, las patologías que se encontraron en estos pacientes fueron: apendicitis 8 pacientes (34%), linfoma 4 pacientes (17%), cáncer epidermoide anal, diverticulitis, CMV en colon, perforación de sigmoides, absceso perianal y TB intestinal, fístula rectovaginal (%). El tiempo de aparición posterior al trasplante es variable desde 30 días hasta 11

años, en especial para las neoplásicas que se presentaron en general de 4 a 11 años posteriores al trasplante. La mortalidad de estas complicaciones fue 26%. **Conclusión:** La incidencia de complicaciones colónicas es baja, pero la mortalidad asociada continua siendo alta a pesar de un manejo agresivo y multidisciplinario.

TL-182

INDUCCIÓN CON ANTICUERPOS MONOCLONALES EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO: EXPERIENCIA CLÍNICA

López GJ, Rossano GA, Díliz PH. División de Trasplantes, CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. Hospital Ángeles del Pedregal. México D.F., México

Introducción y objetivos: El Basiliximab es un anticuerpo quimérico, humano-murínico, dirigido específicamente a CD25, el cual es útil en reducir la incidencia de rechazo agudo en la etapa temprana postrasplante, además de permitir un periodo de protección para iniciar tardíamente la administración de inhibidores de calcineurina como terapia de sostén, sobre todo en aquellos pacientes que tienen disfunción renal en el periodo inmediato postrasplante. El objetivo de este trabajo es analizar la incidencia de rechazo agudo y la sobrevivencia de pacientes e injerto con el empleo de este medicamento. **Material y métodos:** Se efectuaron 17 trasplantes hepáticos ortotópicos entre septiembre de 2001 a marzo de 2004, 15 de donador cadavérico y 2 de vivo relacionado, con una media de edad de 43.8 años, 10 mujeres y 7 hombres. El grupo sanguíneo donador-receptor fue idéntico en todos. Se les administraron dos dosis de 20 mg en infusión lenta de Basiliximab en los días 0 y 4. **Resultados:** Se presentó una mortalidad perioperatoria del 29.4% (5/17 pacientes). Las causas fueron hemorragia pulmonar, falla primaria, sepsis, trombosis de la arteria hepática, falla multiorgánica. Dos de los 12 pacientes (16%) que sobrevivieron más de 3 meses presentaron un episodio de rechazo agudo. **Discusión:** Una de las ventajas en este tipo de anticuerpos es menor inmunogenicidad, por lo que se puede volver a emplear si el paciente lo requiere. **Conclusiones:** En nuestra experiencia observamos una incidencia de rechazo agudo inmediata similar a la reportada en la literatura.

TL-240

LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y LA PROCURACIÓN CADAVÉRICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Castillo LL, Gracida JC, Espinoza PR, Hinojoza PA, Piza BRH, García MR, Chávez LR, Miranda HMA. Hospital General Regional Vicente Guerrero IMSS Acapulco

Introducción: Los pacientes que tienen muerte cerebral, son pacientes potencialmente candidatos a donación de órganos y una expectativa y esperanza de vida a personas en espera de esta donación. En noviembre de 2003 iniciamos la primera procuración en este hospital de segundo nivel. **Objetivo:** Reportar la experiencia del inicio de un equipo de proyecto para la procuración de órganos en pacientes con muerte cerebral. **Material y métodos:** Lugar. Hosp. Gral. Reg. Vicente Guerrero IMSS Acapulco. Estudio descriptivo observacional, noviembre 2003 a abril 2004. Grupo de estudio. Diez pacientes con muerte cerebral candidatos a donación de órganos. Criterios de inclusión: con muerte cerebral, órganos funcionales, sin enfermedades infecciosas o degenerativas, jóvenes, estables hemodinámicamente, con autorización para la donación. Variables de estudio entre otras: edad, sexo, causa de la muerte cerebral, diagnóstico de la muerte cerebral, tiempo entre la muerte y la procuración. Órganos procurados. **Resultados:** Edad entre los 2.8 años y 36 promedio de 24 años, sexo 1 A 1 H/M de 10 pacientes fueron 4 por evento vascular hemorrágico y 4 por HPAF en cráneo y 4 por TCE cerrado. de los 10 pacientes 6 autorizaron la donación de órganos. el tiempo entre el Dx de muerte cerebral y la procuración de órganos fue de 18 a 36 horas. se procuraron 1 hígado, 6 riñones y 12 corneas. **Análisis:** El inicio de un equipo de proyecto para la procuración de órganos implica un manejo multidisciplinario se debe de apoyar a estos equipos para que los procesos se afinen y se acorten los tiempos para la procuración.

TL-185

PREVALENCIA DEL USO DE MEDICINA ALTERNATIVA EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

González FRF, Ruiz CMI. Hospital Central Médico Quirúrgica de Aguascalientes

Antecedentes: Las complicaciones por el uso de medicina herbolaria, homeopatía y terapias alternativas y sus interacciones con medicamentos alópatas han generado interés en la literatura internacional, sin embargo, no se cuenta con información validada sobre su uso en pacientes quirúrgicos en México. **Objetivos:** Conocer la prevalencia del uso de terapia complementaria en los pacientes que se someten a tratamiento quirúrgico. Analizar la comunicación en este sentido entre enfermo y cirujano. **Material y método:** Se realizó un estudio observacional a través de una encuesta en 300 pacientes adultos sometidos a cirugía electiva o de urgencia en un hospital privado de tercer nivel en Aguascalientes. Analizando la frecuencia del uso de medicamentos alternativos, herbolaria u homeopatía, su relación con escolaridad, actividad productiva, y si informaron sobre el uso de estos productos al cirujano antes del procedimiento. Se revisó la literatura nacional sobre este tema. **Resultados:** Se estudiaron 300 pacientes 40% hombres y 60% mujeres, de los cuales 45% aceptaron tomar algún tratamiento complementario. No hubo diferencias en escolaridad u ocupación entre un grupo y otro. Los tratamientos alternativos más frecuentes fueron infusiones, jugo Noni, suplementos nutricionales, 90% no informó al médico sobre el uso de estas terapias, las razones más frecuentes fueron porque el médico no lo preguntaba, porque no hacen daño, porque son productos naturales o porque no lo consideraron importante. **Discusión:** En Estados Unidos se ha incrementado el uso de medicina herbolaria en 450% en la última década, se desconocen las cifras de este incremento en México, pero a través de la publicidad los pacientes son invitados frecuentemente a participar de estas opciones. En otros países se han publicado interacciones con medicamentos anestésicos, sedantes, analgésicos, medicamentos que alteran la función cardiovascular y alteraciones en la coagulación, por lo que el cirujano debe de estar alerta de su uso y conocer las interacciones de los tratamientos más frecuentemente utilizados. **Conclusiones:** Más de 50% de los pacientes estudiados reconocieron tomar un tratamiento complementario, por el momento desconocemos el impacto sobre el resultado de su cirugía por lo que debemos realizar estudios sobre los compuestos utilizados con mayor frecuencia.

TL-035

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA CON DERIVACIÓN CARDIOPULMONAR VS CORAZÓN LATIENDO

Fuentes OC, González OA, Medina CJM, Victal AO, Cortés FAO, Farias LOA, López RMKL, Ruiz CIE. Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Cirugía Cardiotorácica, HECMNO, Guadalajara, Jalisco.

Objetivos: Identificar la frecuencia de infarto agudo del miocardio (IAM) posterior a cirugía de revascularización miocárdica en pacientes con derivación cardiopulmonar (DCP) comparada con aquellos sometidos al procedimiento a corazón latiendo. **Material y métodos:** Cohorte prospectiva. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de isquemia cardiaca. Se realizó cuantificación de CPK total y CPK-MB antes de la cirugía y 24 horas, cuando resultó > 10% del total se consideró como positiva. Se evaluaron los cambios electrocardiográficos en el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio y se midió la fracción de eyección por medio de cateterismo cardiaco. El seguimiento fue durante 4 días. **Resultados:** Se incluyeron un total de 62 pacientes, 31 correspondieron al grupo bajo DCP y 31 a corazón latiendo. La relación CPK-MB de más del 10% fue positiva en 29% no siendo estadísticamente significativa entre ambos grupos, sin embargo la isquemia residual fue más frecuente para el grupo con DCP ($p < .05$). Con relación al electrocardiograma, se presentaron más ondas Q nuevas, infradesnivel y supradesnivel en el grupo bajo DCP ($p > .05$), la isquemia residual se presentó más fre-

cuentemente en el grupo sin DCP ($p < .05$). El total de infartados fue de 11.3%; 8% correspondieron al grupo bajo DCP y 3.2% sin DCP ($p > .05$). El tipo de infarto más frecuente fue el anteroseptal con 13% para ambos grupos seguido del apical con 7% y lateral alto 5% ($p < .05$). **Conclusiones:** El procedimiento quirúrgico a corazón latiendo, mostró una recuperación más rápida, estancia intrahospitalaria menos prolongada con menor riesgo de hipoperfusión tisular miocárdica.

TL-038

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DERRAME PERICÁRDICO Y TAPONAMIENTO CARDIACO. EXPERIENCIA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"

Rosales MJ, Barragán GR, Ramos CV, Chávez TI

Antecedentes: Las enfermedades del pericardio son una causa de consulta de urgencia principalmente cuando se presenta derrame pericardio importante y éste comprime la función del corazón llamándose taponamiento cardiaco, el pericardio se puede afectar por agentes infecciosos, inflamatorios, traumáticos, físicos, metabólicos, inmunológicos y otros. **Objetivo del estudio:** Determinar la etiología del derrame pericárdico, describir el procedimiento quirúrgico realizado para el drenaje del derrame pericárdico, incluyendo pacientes con taponamiento cardiaco describir la sobrevida y la morbimortalidad de este procedimiento. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo a pacientes que ingresaron al Instituto Nacional de Cardiología en el periodo de 2002 al 2003 presentaron derrame pericárdico demostrado por estudio ecocardiográfico y que se realizó un procedimiento quirúrgico de drenaje. Se analizó la edad, sexo, principal síntoma a su ingreso, estado hemodinámico procedimiento de urgencia o electivo, cirugía realizada tipo ventana subxifoidea, ventana por toracotomía y abordaje por esternotomía, sobrevida y morbi-mortalidad. **Resultados:** Fueron un total de 54 pacientes 30 mujeres (55%), 24 hombres (45%), entre las edades de 4 años la menor y 68 años la mayor, el principal síntoma fue la disnea en 33 pacientes (60%), en 23 pacientes (42%) se realizó procedimiento de urgencia, la etiología fue en 21 pacientes cardiopatía (38%), 9 pacientes con traumatismo (16%), 8 pacientes ideopático (14%), 6 pacientes neoplásico (11%), 4 pacientes por hipotiroidismo (7%), 3 pacientes por LES (5%) y 3 pacientes por IRC (5%). La cirugía realizada fue ventana pericárdica subxifoidea en 50 pacientes (92%), esternotomía 3 pacientes (5%), ventana por toracotomía 1 paciente (3%). Tiempo de drenaje en promedio fue de 4 días. La sobrevida fue de 89%, la mortalidad fue de 11%. **Discusión:** En el 42% de los casos se realizó cirugía de urgencia por lo que se debe conocer las diferentes tipos de técnicas para la evacuación del derrame pericárdico pues un tratamiento oportuno permite la estabilidad hemodinámica inmediata. **Conclusión:** La ventana pericárdica subxifoidea es el tratamiento de elección para pacientes con derrame pericárdico de urgencia, en pacientes con mucha inestabilidad hemodinámica y acceso difícil subxifoideo la toracotomía lateral izquierda es una buena opción, la esternotomía se reserva para aquellos pacientes en los que se realizará procedimiento agredado y de tipo electivo.

TL-224

TRAUMA VENTANA PERICÁRDICA EN PACIENTES CON HERIDA PENETRANTE EN REGIÓN PRECORDIAL HEMODINÁMICAMENTE ESTABLES: EXPERIENCIA HOSPITAL GENERAL "LA VILLA"

Isla OD, Barrera MF, González GEM. Hospital General de La Villa.

Antecedentes: Rehn en 1810 describe la primera técnica de uso de ventana pericárdica y en 1829 utiliza ventana pericárdica en paciente con lesiones penetrantes de tórax. **Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de 34 pacientes 3 femenino y 31 masculino de edad entre 16 y 66 años que ingresaron al servicio de urgencias en el periodo de febrero del 2003 a febrero del 2004, con lesiones penetrantes de tórax en región precordial. **Resultados:** De la revisión de los pacientes se encontró que 7 eran por herida por proyectil de arma de fuego y 27 por herida por instrumento punzo-

cortante, 9 positivas y 25 negativas, de las positivas se realizó 9 toracotomías, 8 anterolateral izquierda y una bilateral, presentando lesión de ventrículo derecho 3, ventrículo izquierdo 4, aurícula izquierda 1, aorta 1, y pericardio 1. **Conclusiones:** La ventana pericárdica es la mejor alternativa en Instituciones en las que no se cuenta con ecocardiografía permanente en el Servicio de Urgencias. Es un método rápido, fácil, pero tiene la desventaja que se requiere de quirófano y anestesia general.

TL-178

FUNCIÓN PULMONAR POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR

Padilla MC, Rentería-Galicia MA, Morales GJ, Téllez BJJ, Valencia EVE. Hospital Regional "1º de Octubre" ISSSTE. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, SSA. Ciudad de México, Distrito Federal

Las complicaciones pulmonares postquirúrgicas son por cambios en los volúmenes pulmonares con reducción en capacidad vital, capacidad residual funcional (10-35%). Los parámetros funcionales firmemente establecidos para estudio postquirúrgico son FEV₁, capacidad de difusión al monóxido de carbono (DLCO) y los test de ejercicio con determinación máxima de oxígeno, dando valores de operabilidad para la resección pulmonar. **Objetivo:** Conocer la evolución de la función pulmonar postresección pulmonar (30d, 6 meses, 12 meses), periodo 5ª (enero '95-enero'01). Valorar si el cambio en la función pulmonar es significativa. Evaluar la utilidad del cálculo del FEV1 postoperatorio esperado en la evaluación preoperatorio. **Material y métodos:** Se revisaron 210 expedientes de pacientes intervenidos por resección pulmonar. Variables: enfermedad de base; resección realizada; cirugía electiva/urgencia; complicaciones; FEV₁, FVC, FEV₁/FVC (pre-postquirúrgicos); PaO₂, PaCO₂, SaO₂; estudio de la función pulmonar postresección; fecha de alta de cirugía. **Resultados:** 126 pacientes femenino, 84 masculinos; edad 42.6 años (media). Causas: cáncer 58 (27%), degenerativos 13 (6.2%), infecciosos 110 (52.4%), congénitos 26 (12.4%), otros 3 (1.4%). Complicaciones: 27 pacientes. Sólo en 52 pacientes hubo seguimiento de función respiratoria: FVC 82.11% (absoluto 2.85 L), FEV₁ 72.2% (absoluto 1.2 L), DLCO 95.48% (sólo en 31 pacientes). Los valores de FEV₁ y FVC dictaminaron un valor funcional menor a la que tuvieron los pacientes cuando se les midió. **Conclusiones:** El cambio más importante en la función pulmonar es PaO₂ y SaO₂. La fórmula para calcular FEV₁ postoperatorio subestimó su valor postquirúrgico. La valoración gasométrica concuerda con la literatura. Se requieren de más estudios prospectivos para evaluar más estrechamente la mecánica pulmonar y determinar dónde podemos realizar mayor impacto en la recuperación.

TL-013

RESTAURACIÓN DEL RITMO SINUSAL POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO DE CIRUGÍA DE COX-MAZE EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Fuentes OC, González OA, Regalado SJ, Victal AO, Cortés FAO, Farias LIOA, López RMKL, Ruiz ChIE. Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Cirugía Cardiorrástica, HECMNO, Guadalajara, Jalisco.

Objetivos: Evaluar si la técnica quirúrgica de Cox-Maze restaura el ritmo sinusal y mejora la clase funcional en comparación con la técnica convencional de reemplazo valvular mitral. **Material y métodos:** Transversal Analítico. Se incluyeron pacientes con valvulopatía mitral asociada a fibrilación auricular (FA) divididos en dos grupos, al control se le realizó cirugía valvular convencional y al grupo de estudio, el procedimiento valvular más la técnica de Cox-Maze (Interrupción de circuitos auriculares de macro-reentradas). Se les realizó electrocardiograma (ECG) preoperatorio, postoperatorio y al alta del hospital y se evaluó la clase funcional NYHA y morbi-mortalidad. **Resultados:** Se estudiaron 65 pacientes, el grupo de estudio con 33 pacientes y el grupo control con 32 pacientes. La FA fue más frecuente en el grupo control 28 contra 7 del grupo de estudio ($p <$

0.05). En el postoperatorio, todos los pacientes mejoraron en su clase funcional, pero en el estudio 8 pacientes tuvieron clase I, del grupo control, todos se ubicaron sobre clase II ($p < 0.05$). Mortalidad: dos para el grupo control debidas a choque cardiogénico y falla orgánica múltiple y para el grupo de estudio (2), secundarias a sangrado y dehiscencia esternal. **Conclusiones:** Con los resultados obtenidos, recomendamos el uso de esta técnica para el control de FA, debido a que el procedimiento funciona en relación a restauración del ritmo sinusal y mejora la sincronía aurículo-ventricular, mejorando la clase funcional, fracción de eyección y calidad de vida del paciente. No hubo diferencia en la mortalidad.

TL-147

TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA EN CÁNCER DE PULMÓN. DIFERENCIA ENTRE ADENOCARCINOMA PULMONAR Y MESOTELIOMA

Jiménez FE, Shuck BC, Vela SI, Covarrubias RJ, Domínguez L, Palacios RJA. Instituto Nacional de Cancerología. México D.F. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". México D.F.

Introducción: Jacobeus en 1909 en Estocolmo Suecia utilizó un cistoscopio para examinar la cavidad pleural en pacientes con sospecha de enfermedad tuberculosa. En 1984 el Dr. José Morales en el INER con 284 pacientes estudiados en el diagnóstico de cáncer, empiema, y tuberculosis pleuropulmonar. **Objetivo:** Diagnóstico mediante toracoscopía y toma de biopsia de parénquima pulmonar y pleura parietal. Explorar la cavidad torácica y tomar biopsias con telescopio de 5 mm. Completar diagnóstico con estudio de anatomía patológica y citopatología del líquido pleural. **Material y métodos:** Se realizaron 16 toracoscopias en el INCan entre julio de 2002 y octubre de 2003. Pacientes entre los 23 y 65 años, 9 hombres, 7 mujeres. Bajo anestesia general, con el paciente en posición medio lateral, usando almohadilla en 11 y 5 en decúbito lateral. Colocando 1 puerto en 5to espacio intercostal para introducción de toracoscopio, otro en 4to espacio intercostal. Se colocó sonda pleural en 13 para pleurodesis, no así en 3 por paquipleuritis intensa y síndrome de atrapamiento pulmonar. **Resultados:** Se diagnosticó adenocarcinoma pulmonar poco diferenciado en 4, carcinoma epidermoide en 7, indiferenciado en 5. El tiempo quirúrgico promedio 40 minutos. Un fallecimiento secundario a falla respiratoria, sin mejoría con drenaje torácico de 5 litros con atelectasia pasiva secundaria, 3 casos sangrado significativo, 2 se convirtieron a toracotomía. Hospitalización de 4 días, media de 3-6 días. **Conclusión:** La toracoscopía diagnóstica en pacientes con adenocarcinoma es útil para la mejor exploración, así como la posibilidad de realizar pleurodesis intraoperatoria y diagnóstico diferencial con mesotelioma.

TL-255

UN DONADOR EXÓGENO DE ÓXIDO NÍTRICO Y COMPUESTOS RELACIONADOS PROTEGEN CONTRA LA RESPUESTA INFLAMATORIA PULMONAR DESPUÉS DE CHOQUE HEMORRÁGICO Y REANIMACIÓN

Anaya-Prado R, Toledo-Pereyra LH, Walsh J, Guo RF, Reuben J, Ward PA. Michigan State University, Kalamazoo, East Lansing, Ann Arbor. Michigan.

Objetivo: Investigar la capacidad de un donador exógeno de óxido nítrico, nitroprusiato de sodio (NP), de un sustrato del NO, L-Arginina, y de un inhibidor de la sintasa inducible del NO (iNOS), L-N⁶-(1-Iminoethyl)lysina (L-NIL) para reducir la lesión pulmonar en un modelo de choque hemorrágico mixto controlado/no controlado. **Métodos:** Setenta y dos ratas Sprague-Dawley entre 250 y 300 gramos fueron sometidas a un modelo de choque hemorrágico (CH) no controlado por un periodo de 150 minutos. Se incluyeron seis grupos de animales ($n = 12$ por grupo). Después del periodo de CH, el tratamiento de los grupos se completó con solución salina normal (grupos 1, 3); nitroprusiato de sodio (0.5 mg/kg) (grupos 2,4); L-Arginina (300 mg/kg) (grupo 5) ó L-NIL (50 mg/kg) (grupo 6). Se evaluaron los siguientes índices: requerimientos hídricos para reanimación, presión arterial

media (PAM), PO₂, PCO₂, y pH arteriales, relación de peso pulmonar húmedo/seco, histología pulmonar, y expresión de RNAm de citocinas (IL-1 α , IL- β 1, TNF β , IL-3, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, TNF α , IL-2, IFN γ) en el pulmón mediante Prueba de Protección de Ribonucleasa con Multisonda. **Resultados:** El nitroprusiato de sodio incrementó significativamente la PAM y redujo los requerimientos hídricos durante la reanimación después de la hemorragia. Hubo también una recuperación significativa en la función pulmonar así expresada por mejoría en el PO₂, PCO₂, pH, y reducción en la relación de peso húmedo/seco. Además, observamos una reducción significativa en la lesión pulmonar aguda en los estudios de histología. También, la expresión de citocinas disminuyó con el NP. El uso de L-Arginina y de L-NIL ofreció resultados protectores similares para el pulmón lesionado. **Conclusión:** Estos datos sugieren que el limitar la biodisponibilidad de NO generado por la iNOS con el donador exógeno de NO, nitroprusiato de sodio, puede reducir la lesión pulmonar después de hemorragia severa, posiblemente entre otros efectos por la disminución en la expresión de citocinas inflamatorias. La L-Arginina y el L-NIL también tuvieron efectos benéficos en la función y estructura pulmonar.

TL-109

PLASTÍA LIBRE DE TENSIÓN CON MALLA. ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES TÉCNICAS DE REPARACIÓN ABIERTA

Guinto MG, Sánchez FG, Morales JM, Tóvar CD. Servicio de Cirugía General, Hospital General Centro Médico "La Raza" IMSS. México, D.F.

Introducción: El uso de materiales protésicos es cada vez más común en la reparación de hernias inguinales debido a una recurrencia menor comparado con otras plastías basadas en afrontamiento de tejidos. La vía anterior es más utilizada para la colocación de la malla, sin embargo, existe controversia sobre la colocación por vía anterior o preperitoneal. **Objetivo:** Comparar los resultados a corto plazo de tres técnicas de reparación con malla en cirugía abierta. **Material y método:** De febrero 2002 a junio 2004, se estudiaron 108 pacientes seleccionados en forma aleatoria a tres procedimientos de reparación. El grupo I se les realizó hernioplastia de Lichtestein; el grupo II reparación con colocación de cono y malla y al grupo 3, colocación de malla con acceso preperitoneal. Se efectuó registro del dolor y complicaciones postoperatorias a las 24 h, 2 semanas, tres y seis meses y posteriormente cada año. **Resultados:** Se incluyeron 108 pacientes con 113 reparaciones. 37 en el grupo I; grupo II y III 38 respectivamente. De los cuales, 97 fueron hombres y 16 mujeres con media de edad de 58 años y seguimiento de 13 meses. Estancia hospitalaria y dolor fue similar en los tres grupos. Ocho pacientes presentaron orquiepididimitis, 4 seroma y uno infección. No se presentaron recurrencias. Las complicaciones postoperatorias fueron menores en el grupo preperitoneal. **Conclusiones:** Los resultados sugieren que el abordaje preperitoneal es comparable a las técnicas por vía anterior y podría considerarse una alternativa como tratamiento inicial así como en recurrencias.

TL-102

PLASTÍA INGUINAL CON DOBLE MALLA (MESH-PLUG/LICHTENSTEIN) CONFECCIONADA MANUALMENTE

García LJ, Martínez BA, Aguirre RR, Moreno RA. Servicio de Cirugía General del Hospital General de Acapulco, S.S. Guerrero

Antecedentes: La hernia inguinal es el padecimiento quirúrgico más frecuente en México. En la población general el 3-5% padecen este problema. Son aceptadas tres tipos plastías: clásicas, laparoscópicas y libres de tensión. El uso de material protésico ha disminuido la recurrencia postoperatoria. **Objetivo:** Presentar la experiencia con el uso de una técnica combinada de plastía inguinal con malla confeccionada manualmente. Estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo y observacional sin grupo control. **Material y métodos:** Expedientes de pacientes operados con técnica doble malla de octubre del 2001 a junio del 2004. **Resultados:** Se realizaron 83 plastías inguinales con doble malla; 72 hombres y 11 mujeres, edades de 19 a 90 años. Hernia indirecta con 55 casos, directa 21, pantalón 3 y

recidivantes 4. Derechas 49, izquierdas 32 y bilateral 2 casos. Anestesia BPD en 74 casos. La estancia hospitalaria: 1 día (n = 63), 2 días (n = 18) y > 6 (n = 2) días. Sin complicaciones 74 pacientes, inmediatas, edema escrotal (n = 3), disestesias (n = 3), hematoma (n = 2) y epididimitis (n = 1). **Conclusiones:** La técnica combinada ofrece todas las ventajas de las HST, sin recurrencia a la fecha de corte, con bajo índice de complicaciones y suprime virtualmente las zonas vulnerables de las técnicas Mesh-Plug y Lichtenstein. Las complicaciones presentadas no van en relación con la técnica empleada, o el uso de materiales protésicos, solamente los inherentes al procedimiento quirúrgico.

TL-096

ESTUDIO CLÍNICO COMPARATIVO DE TRES TÉCNICAS DE REPARACIÓN DE HERNIA INGUINAL: CISNEROS VS MESH PLUG Y LICHTENSTEIN ¿CUÁL ES MEJOR?

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

Antecedentes: Las técnicas Mesh Plug (MP) y Lichtenstein (L) son los estándares de oro para reparar hernias inguinales primarias. La técnica Cisneros (C) combina ambos procedimientos y puede mejorar los resultados postoperatorios (PO). **Objetivo:** Comparar los resultados PO entre las tres técnicas. **Método:** 307 Pacientes con hernia inguinal primaria fueron incluidos en un estudio prospectivo, comparativo y descriptivo y fueron operados bajo anestesia epidural, ambos géneros, mayores de 15 años. Fueron divididos en 3 grupos en muestra aleatoria: MP (n = 100), L (n = 101), C (n = 106), de julio 1998 a enero de 2003 se usó clasificación Gilbert/Rutkow. Los pacientes fueron seguidos 3, 7, 14 y 30 días de PO; luego 6, 12, 24, 36 y 48 meses (media 32.7, rango 1-54 meses). Evaluación estadística, descriptiva y prueba de chi cuadrada. **Resultados:** Los tres grupos fueron similares con respecto a edad, género, comorbilidad, tamaño y tipo de hernia. La mayoría fueron hombres. Grupo C requirió menor estancia hospitalaria y tiempo de recuperación (C = 11.5 + 3 días, MP = 14.3 + 3.3, L = 12.9 + 1.7). No hubo recurrencias, 89% fueron ambulatorias. 90% asintomáticos a 14 días de PO; (MP 74%, L = 80%). El tiempo quirúrgico con técnica Cisneros fue 10 minutos mayor que MP y L. Encontramos diferencias con respecto a enfermedades agregadas, tipo de hernia, clasificación, tamaño del defecto, uso de drenes y antibiótico local, dolor y complicaciones PO con significancia estadística (P < .001). **Conclusiones:** Los tres procedimientos arrojaron pocas y similares complicaciones PO, sin embargo, las ventajas de la técnica Cisneros fueron: menor estancia hospitalaria y tiempo de incapacidad, menor dolor y complicaciones PO, recuperación rápida y sin recurrencias documentadas hasta la fecha.

TL-244

EVALUACIÓN DEL DOLOR INMEDIATO EN POSTOPERATORIO DE PLASTÍA INGUINAL

Ortega LLH, Vargas DA, Ramírez BEJ, Orea Y. Hospital General, Secretaría de Salud, Guanajuato.

Objetivo: Evaluación de la intensidad del dolor en postoperatorio inmediato de plastía inguinal. **Diseño:** Estudio prospectivo, observacional, longitudinal, descriptivo. **Sede:** Clínica de hernias, hospital de tercer nivel de atención. **Material y métodos:** Se incluyeron 210 pacientes, todos operados de plastía inguinal, en la Unidad 305 del Hospital General de México. La variable principal fue el dolor, medido por escala análoga verbal en dos etapas, tres horas y entre 14 y 21 horas después del acto quirúrgico. Análisis estadístico con Ji cuadrada, T de Student, y Kolmorov-Smirnoff para muestras independientes. Análisis de varianza (ANOVA) y Kruskal Wallis de una sola vía y regresión logística, nivel de confianza 95% y de potencia 80%. **Resultados:** El 72% fueron masculinos, 22% femeninos, relación 3.6 a 1. Hernia del lado derecho 51.4%, izquierda 45.7%, bilateral 2.9%. Sin diferencia con valor estadístico. La edad de los casos con hernia bilateral mayor que de un solo lado. Según clasificación de Nyhus la tipo IIB 34%, la tipo II 33%. Los procedimientos quirúrgicos: Malla (Li-

chtenstein) 82%, Marcy-Bassini 4.2%, Condon 3.8%, McVay 2.8%, Tutkov-Lichtenstein 2.8%, otros 3.8%. Se empleó material protésico en 86%, en el restante 14% técnicas con tensión. El tiempo quirúrgico entre 25 y 180 minutos, mediante 67 ± 23 . No hubo diferencia con valor estadístico en Lichtenstein contra otros procedimientos. El dolor en la primera medición se concentró en intensidad de 3 a 5 en 74.8%, en la segunda entre 3 a 5 en 45%, en ésta mostró reducción en el 82% de los pacientes. En 33% un grado de la escala en 31% dos grados. La magnitud de variación de las dos mediciones fue similar en ambos géneros (Ji Cuadrada). No hubo diferencias en las técnicas con o sin tensión. El tiempo quirúrgico, el tipo de hernia ni la edad influyeron en la posibilidad de disminuir el dolor.

TL-097

RECURRENCIA EN HERNIA INGUINAL ¿QUÉ SIGNIFICA? ¿ES UN PROBLEMA SEMÁNTICO? ¿ES PROBLEMA DE LENGUAJE E INTERPRETACIÓN? ¿ES EL ERROR DEL MILENIO?

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

Objetivo: Demostrar que el término recurrencia es aplicado erróneamente en la región inguino-crural relacionado con el tipo de hernias acorde a las clasificaciones, proponer una definición universal y criterios para denominar la recurrencia real en hernia inguinocrural. **Sede:** Hospital de Especialidades. **Diseño:** Estudio descriptivo, observacional sin grupo control, formulando cuestionario de 15 preguntas a 70 cirujanos que realizan hernioplastias inguinales. Cincuenta y cinco mexicanos y 15 miembros de la American Hernia Society (AHS) de diferentes nacionalidades. Incluimos observaciones obtenidas de 96 pacientes reoperados de junio 2001 a mayo 2004, con diagnóstico de hernia inguinal "recurrente" comparando hallazgos operatorios de cirugía primaria con los de la reoperación. **Resultados:** 100% de los encuestados no coincidieron ni aportaron una definición concreta de recurrencia. Hubo divergencia de opiniones entre miembros de la AHS. Los no miembros (85%) aprobaron la definición mencionada en la conclusión, aceptando que son diferentes los tres tipos de hernias inguinales. 52% rechazaron que el orificio femoral pertenece al área inguinal. 80% aceptaron que la mayoría de "recurrencias" reaparecen como defectos directos después de reparación sin malla. 75% consideraron obligatorio que el defecto reaparezca en el mismo sitio anatómico específico de la hernia primaria para llamarla recurrente. De 96 pacientes reoperados, 81 tuvieron hernia indirecta, 8 directa, ignorando en 7 el tipo de hernia primaria. En la reintervención, encontramos 84 defectos directos, 5 indirectos y 7 defectos mixtos. **Conclusión:** No existe concepto formal consensuado de recurrencia en hernia inguinocrural. Propongo establecer una definición universal y criterios para denominar la recurrencia como tal. Recurrencia es: aquella hernia que reaparece en el mismo sitio anatómico específico después de una desaparición quirúrgica temporal y que es clasificable como la hernia primaria.

TL-100

TÉCNICA DE NYHUS, PRIMERA OPCIÓN EN HERNIAS RECIDIVANTES

Torres VFR, Reyes TJL. Dpto. Cirugía General. Hospital General Regional No. 6 IMSS. CD. Madero, Tamaulipas

El manejo de la hernia recidivante es todo un reto al conocimiento anatómico y dominio de la técnica quirúrgica. En una zona difícil *per se* con gran modificación y presencia de tejido fibroso se vuelve inexpugnable por lo que el conocimiento de vías alternas se vuelve una posibilidad más para el harto difícil manejo de estos problemas. **Objetivo:** Comparar las 2 vías de abordaje disponibles, con las técnicas más exitosas al momento, para tratar de lograr los mejores resultados y así disminuir el número de recidivas y la consecuente incapacidad de este numeroso grupo de pacientes. Reconocer ventajas y desventajas de ambos abordajes. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, longitudinal, al azar realizado de enero de 1990 a diciembre 2003. Incluyó a todos los pacientes con

Dx de hernia inguinal recidivante, no importando el número de recidiva. Se ubicaron en 2 grupos, Grupo I, abordaje anterior. (Shouldice y Plugstein). Grupo II, abordaje posterior (Nyhús). El protocolo incluyó Edad, Sexo, No. de Qx efectuadas, tipo de hernia, técnica usada, tiempo de incapacidad, días de estancia hospitalaria, estado nutricional y complicaciones. **Resultados:** En total se estudiaron 70 pacientes. La edad osciló de 23 y hasta 84 años, 64 hombres, 6 mujeres, 45% segunda recidiva. 30% tercera recidiva. 50p con hernia directa. 20p con hernia indirecta. Técnica previa, McVay para las directas y Bassini para las indirectas. Tiempo de incapacidad PO promedio 28 días. Estancia hospitalaria 2 días. 70% con desnutrición leve a moderada. Técnica actual, Shouldice 17p, Plugstein 18p (Abordaje anterior), 8 recidivas, 3 Shouldice y 5 Plugstein. Nyhús 35p, recidivas, 0p. Complicaciones menores 6p abordaje anterior (Seroma y hematoma). Nyhús ninguna. **Conclusiones:** No cabe duda que el arte de la plastía inguinal se multiplica con las recidivas, resulta pues todo un reto para el conocimiento profundo de la anatomía así como para el dominio de la técnica Qx por lo que se vuelve sobresaliente la condición de utilizar tejidos no manipulados, libres de fibrosis, que conserven relaciones y morfología así como que estén libres de vasos de neoformación. Quizá por todo esto a técnica de Nyhús ofreció los mejores resultados ya que le acceso es virgen y no ofrece variaciones ni defectos.

TL-202

REPARACIÓN DE LICHTENSTEIN PARA HERNIAS FEMORALES. EXPERIENCIA DE 14 CASOS

Elizalde DiMA, Elizalde AN, Flores AJ, Gómez CX. Hospital General de México, O.D. y The American British Cowdray Medical Center, I.A.P.

Antecedentes: Las hernias femorales representan menos del 7% del total de las hernias de la región inguinal. La utilización cada vez más frecuente de materiales protésicos para la reparación de los defectos de pared ha influido también en la plastía femoral recibiendo ésta los beneficios de las mallas. **Objetivos:** Determinar los beneficios de la reparación de las hernias femorales con material protésico con la técnica descrita por Lichtenstein. **Materiales y métodos:** Se trata de un ensayo clínico no aleatorizado, no ciego, longitudinal y prospectivo. Se operaron de enero 2002 a septiembre 2004, 14 pacientes de hernia femoral con la técnica de Lichtenstein y se evaluó: Complicaciones transoperatorias, tiempo quirúrgico, complicaciones postoperatorias, dolor, reactivación física diaria, reactivación física laboral y recidiva. **Resultados:** La anestesia utilizada fue regional en 75%, el tiempo quirúrgico fue de 35 min. Complicaciones: seroma 1 pac. Tuvieron en promedio 1.3 días de dolor y reanudaron la actividad física diaria en 1.5 días. No hubo infecciones ni recidivas tempranas. El tiempo promedio de seguimiento fue de un año y no se han encontrado recidivas. **Conclusiones:** La plastía femoral con técnica de Lichtenstein es una cirugía con pocas complicaciones, los pacientes presentan menos dolor y retornan a la actividad diaria física más rápido.

TL-123

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Olivera HH, Torices EE, Tort MA, Méndez VG, Domínguez CL, Echavarrí AJM, Ugalde VF, Cuevas HF, Velázquez GR, Ojeda VG. Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE. México D.F.

Introducción: La cirugía antirreflujo laparoscópica, actualmente es el estándar de oro para el tratamiento del reflujo gastroesofágico grave y refractario a tratamiento médico, ya que ofrece remisión de la sintomatología, menor dolor postoperatorio y rápida recuperación, con un bajo índice de complicación y conversiones en un centro de concentración. **Materiales y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes operados de enero de 2000 a junio del

2004 de ambos sexos, mayores de 18 años, con diagnóstico de hernia hiatal o esofagitis severa. **Resultados:** Se operaron 261 pacientes, 160 (61.3%) del sexo femenino, 101 (38.7%) del sexo masculino, con una mayor incidencia en la 5ª década de la vida. En 185 pacientes se realizó funduplicatura Nissen Rossetti (70.9%), además de ésta 27 con colecistectomía (10.3%), 4 con vagotomía truncular y piloroplastía (1.53%), 3 con vagotomía supraseductiva (1.15%), 1 con adherensiolisis (0.38%), 12 Nissen (4.6%) y 10 Toupet (3.8%). Se presentaron 19 complicaciones (7.3%), 1 perforación esofágica y 3 perforaciones gástricas como complicaciones mayores, el resto se consideró menor como neumotórax, lesión hepática y esplénica leve, etc.; 5 pacientes con recidiva (2.5%), con conversión en 4 pacientes y un índice de 1.53%. **Conclusiones:** Actualmente la cirugía laparoscopia permite tener una visualización adecuada del hiato, con lo que se obtiene una disección más fina con manipulación cuidadosa de los órganos vecinos. En los últimos años se ha realizado en nuestro centro hospitalario con mayor frecuencia la cirugía de Nissen Rossetti en el tratamiento del reflujo con muy buenos resultados a largo plazo y con baja incidencia de complicaciones, presentando 0% de mortalidad.

TL-158

CIRUGÍA ANTIRREFLUJO POR LAPAROSCOPIA. CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Ruiz VA, García AJ, Hdz-Reguero JL. Hospital Juárez de México

Presentamos la experiencia de 5 años en intervenciones quirúrgicas de invasión mínima para ERGE mediante un análisis retrospectivo y registro longitudinal. Se realizaron 73 intervenciones principalmente de tipo Nissen-Rossetti y Toupet en pacientes que cumplían con uno o más criterios de Rossetti, valorando: estudios preoperatorios, cirugía, recuperación, complicaciones y evolución. Cuarenta y tres pacientes fueron mujeres (58.9%) y 30 hombres (41.1%) con edades que fluctuaron de 21 a 81 años (prom: 42.3 años); se realizó funduplicatura tipo Nissen-Rossetti en 65 pacientes (89.1%) y Tipo Toupet en 8 (10.9%), donde el criterio para realizar Toupet fue un EEI normotónico (10-35 mmHg) o hipertónico, de larga longitud (> 5 cm) o relajación incompleta del mismo. Además se realizó cierre de pilares en caso de hiato amplio y fijación de la funduplicatura al pilar derecho, así como ligadura de vasos cortos. La evolución fue satisfactoria con promedio de egreso a los 2 días de postoperado, se presentaron dos complicaciones: una esofágica advertida manejada con cierre primario esofágico y colocación de la funduplicatura sobre la perforación, y la segunda fue una perforación gástrica que se manifestó a la semana siendo reintervenida con cierre primario de la misma y drenaje de absceso de 30 Mls. Todos los pacientes presentaron ausencia de reflujo y sus manifestaciones, 5 presentaron disfagia (6.8%) moderada y 1 presentó hernia umbilical al año de operado.

TL-080

COMPLICACIONES GRAVES E INUSUALES EN PLASTÍA HIATAL LAPAROSCÓPICA. OPCIONES DE MANEJO

López GS, Hernández BMA, González GHG. Hospital Regional PEMEX CD Madero Tamps

Introducción: El avance de la ciencia médica ha dado en forma artificial la idea de infalibilidad ante la población general, las escasas publicaciones de complicaciones graves en laparoscopia, contribuye a menospreciar los riesgos. **Objetivos:** Comunicar la experiencia de complicaciones graves e inusuales en plastía hiatal por laparoscopia, su diagnóstico y opciones de manejo médico y legal. **Materiales y métodos:** Se incluyen cinco casos de complicaciones mayores operados en los últimos 5 años de 60 plastías hiatales. Tres masculinos adultos y dos femeninos. Un caso de Síndrome de Boerhave que condicionó perforación esofágica, cirugía, sépsis y muerte. Tres casos de choque hipovolémico: uno por sangrado de vasos epiploicos y dos lesiones de aorta infra-

renal. Un caso de lesión pleural izquierda. Se analiza los posibles mecanismos de lesión de manejo resolutivo y las implicaciones de tipo legal. **Resultados:** Una muerte por sepsis, el resto fue resuelto por laparotomía, hemostasia sin necesidad de injerto vascular, sin secuelas medulares, viscerales o de extremidades. En la lesión pleural, se efectuó sutura primaria laparoscópica sin drenaje, en todos los casos se completó la plastia hiatal programada. En cuanto a los aspectos legales sólo se presentó un recibo económico que asumió la administración, en todos se firmó hoja de consentimiento, se mantuvo comunicación directa del cirujano tratante con la familia y el enfermo en forma continua aún fuera de su jornada laboral. **Conclusiones:** Las lesiones de vasos mayores se reportan del 0.6 al 2.5% con mortalidad de 0.03 a 0.49%, cuando la lesión se sospecha debe documentarse y resolver para corregir definitivamente, los errores y sus consecuencias deben evitarse con entrenamiento adecuado, poner todo el empeño, habilidad y destrezas al servicio del paciente, mantener una comunicación directa y continua con la familia en un marco de veracidad y respeto de sus derechos.

TL-062

IMPACTO FISIOLÓGICO DE ESOFAGECTOMÍA TRANSHIATAL: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS

Ramos G, Orozco H, Medina H, Cortes R, Ortiz L, Alarcón L. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: La esofagectomía transhiatal (ETH) con ascenso gástrico o interposición colónica son procedimientos quirúrgicos utilizados para el manejo de diversas patologías de esófago. Pocos estudios han evaluado las consecuencias fisiológicas del procedimiento.

Objetivo: Evaluar la evolución a largo y corto plazo de los pacientes sometidos a un procedimiento quirúrgico como el ascenso gástrico transhiatal y la interposición colónica en las patologías de esófago.

Material y métodos: Pacientes consecutivos sometidos a ETH sin preservación de vagos de 1993 a 2003 en una institución de tercer nivel de la ciudad de México fueron revisados retrospectivamente. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico a su ingreso, morbilidad asociada, procedimiento quirúrgico realizado, complicaciones a corto plazo y sobrevida, con énfasis en la evaluación (diarrea, dumping y reflujo) a largo plazo. Los pacientes fueron seguidos por la consulta externa y se evaluaron mediante cuestionario, endoscopia y tránsito intestinal. **Resultados:** Se incluyeron 43 pacientes de los cuales 30 fueron hombres (69%) con una relación hombre-mujer de 2.3 a 1. La media de edad para toda la cohorte fue de 51 años (12-76). Los diagnósticos prequirúrgicos fueron en 25 pacientes cáncer de esófago (58%) y en 18 pacientes enfermedad benigna (42%). 40 pacientes fueron sometidos a un ascenso gástrico y 3 a una interposición colónica. La complicación a corto plazo más frecuente fue la fístula en 10 pacientes de la anastomosis (23%), con una mortalidad quirúrgica de 2.3%. Doce pacientes (23%) presentaron disfagia secundaria a estenosis en la anastomosis en cuello que requirió tratamiento endoscópico por 3 meses en promedio. Con una media de seguimiento de 27 meses, en ningún paciente se documentó diarrea, dumping o datos de enfermedad por reflujo. **Conclusión:** La ETH con ascenso gástrico o interposición colónica son opciones terapéuticas para el manejo de ciertas patologías de esófago en centros con experiencia. A corto plazo la estenosis y la formación de fístulas de la anastomosis son las complicaciones más frecuentes. En nuestro estudio no se encontró evidencia de complicaciones a largo plazo como ya se ha sugerido por algunos autores.

TL-124

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN NIÑOS POR VÍA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA TEMPRANA

Torices EE, Méndez VG, Domínguez CL, Tort MA, Olvera HH, Cuevas HF, Echávarri AJM, Olvera DC, Reza VA, Velázquez GR, Echávarri AJM, Espinal BR. Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE. México D.F.

Introducción: El uso de la cirugía antirreflujo por vía laparoscópica como tratamiento para la enfermedad refractaria en niños se está extendiendo rápidamente dentro de la cirugía pediátrica, ya que es bien tolerada y controla los síntomas de forma efectiva, con menos tiempo de recuperación si ésta es comparada con cirugía abierta. **Material y métodos:** Contamos con 22 pacientes con diagnóstico de reflujo severo o hernia hiatal, a quienes se les realizó funduplicatura laparoscópica en un periodo de marzo del 2001 a junio de 2004. Se tomaron en cuenta las variables de edad, sexo, patologías agregadas, tiempo de manejo médico, procedimiento quirúrgico, tiempo de estancia intrahospitalaria, y complicaciones. **Resultados:** Se tienen 16 sexo del masculino (72.7%) y 6 pacientes del sexo femenino (27.2%), con edad promedio de 7.27 años. El diagnóstico de daño neurológico estuvo presente en 7 pacientes (31.8%). En los 22 pacientes el diagnóstico fue clínico inicialmente, presentando vómito postprandial (86%) y epigastralgia (31%) principalmente. Se corroboró el diagnóstico por serie esofagogastroduodenal, panendoscopia y estudio histopatológico de esofagitis. El tiempo promedio de manejo médico fue de 2 años, con respuesta parcial o nula, siendo la cirugía Nissen Rosseti la realizada en todos los pacientes, con buena evolución postoperatoria y remisión de la sintomatología en 20 pacientes (91%); sólo dos pacientes (9%) presentaron recidiva y fueron reintervenidos por vía laparoscópica. **Conclusiones:** El abordaje laparoscópico ofrece mejor visualización de la región, con disminución del tiempo quirúrgico y al ser de invasión mínima, reduce la estancia intrahospitalaria y la morbilidad; teniendo una mayor efectividad que los tratamientos médicos a largo plazo, con aumento ponderal de peso, remisión de la sintomatología respiratoria, así como la esofagitis, corroborándose por controles endoscópicos postquirúrgicos y escala de Visick.

TL-238

GASTROSTOMÍA TRANSENDOSCÓPICA (GT). EXPERIENCIA DE SEIS AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN (HGP)

Prado E. Servicio de Cirugía y Endoscopia. Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez Navarro" Puebla, Pue.

Introducción: La GT es valiosa alternativa a la convencional. Es más rápida, fácil, barata y menos mórbida. **Pacientes y métodos:** Revisión retrospectiva en HGP. 1997-2003. Resultados en totales y porcentajes. **Resultados:** 214 pacientes. Excluidos 14 (13 inminencia de muerte, 1 obesidad mórbida). Se revisaron 200. 124 hombres (edad 68 ± 21) 75 mujeres (edad 62 ± 25). Indicaciones: Alimentación 198 (99%): Secuelas neurológicas 123 (61.5%) (54 EVC, 59 TCE, 10 otras), intubación prolongada 52 (26%), cáncer de CyC 6 (3%), fístulas esofágicas 6 (3%), otras 13 6.5%). Se colocaron 121 sondas Pezzer modificadas (60.5%), 64 Inverta-PEG/Abbott (32%) otras 15 (7.5%), (un paciente con dos sondas). 2 pacientes (1%) infección en sitio de colocación (1%) Candida y *E. coli* 45 neumonías (30/52 con intubación prolongada y 15 de los con secuelas neurológicas) No mortalidad por procedimiento aunque a 30 días fue de 23.5% (47 pacientes). **Discusión:** La GT se colocó en la mayoría que lo requirió. Casi la totalidad fue para alimentación. Las indicaciones más frecuentes son padecimientos neurológicos e intubación prolongada. Se pueden colocar sondas preparadas o Kits comerciales con igual seguridad. La morbilidad es muy baja. Las neumonías podían ser atribuidas a la intubación traqueal en la mayoría de los casos. La mortalidad es por el padecimiento de base. **Conclusiones:** La GT se puede colocar con seguridad (incluso fuera de quirófano) y baja morbi-mortalidad. Da vía segura para alimentación enteral. Se pueden utilizar sondas Pezzer o específicamente diseñadas. La incidencia de neumonía y la mortalidad por padecimientos de base son elevados. La morbi-mortalidad propia del procedimiento es cercana a 0.

TL-078

¿ES POSIBLE PREVENIR LA REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL CIUDAD MADERO PEMEX. 1 DE ENERO AL 31

DE DICIEMBRE DE 2003

Argüelles CMF, González GHG, Hernández P

Antecedentes: Hablar de reoperar a un paciente siempre ha sido un reto difícil de manejar, pues al comprobar que algo no ha ido bien en nuestra primera cirugía, sabemos que la morbilidad, la mortalidad y los costos se incrementan exponencialmente, además de que actitud debe adoptar el cirujano ante el enfermo, entorno familiar y ante la administración. **Objetivo:** Informar la experiencia en las reintervenciones quirúrgicas en el Hospital Regional de Cd. Madero PEMEX de 1 de enero al 31 de diciembre de 2003 analizando los factores que contribuyeron y enunciar propuestas para la posible prevención de dichas complicaciones. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes que fueron sometidos a dos o más sometimientos quirúrgicos en un año; el análisis de las reintervenciones en pacientes que se operaron inicialmente en forma electiva o urgente mencionando asimismo la causa que motivó la reintervención. **Resultados:** Se efectuaron 783 procedimientos quirúrgicos, de los cuales 497 (63%), se operaron en forma electiva, y 286 (37%) como urgencias quirúrgicas; se reintervinieron 19 pacientes (2.4%), de los cuales 17 se operaron inicialmente en forma electiva (6 colestectomías convencionales, 3 plastías inguinales, 2 plastías umbilicales, 2 plastías de pared, 2 cierres de colostomía, 1 ileorectomastomosis); en este grupo 6 pacientes se reintervinieron por serohematoma, 9 para drenaje de absceso de pared, 1 absceso abdominal, 1 dehiscencia de herida quirúrgica. Los dos pacientes que se operaron por urgencia (apendicitis aguda fase-2), se reintervinieron por absceso de pared. **Conclusiones:** El porcentaje de morbilidad de 2.4% corresponde a lo reportado en la literatura; un paciente falleció por sepsis abdominal persistente (1.2%). Los factores que condicionaron la reintervención quirúrgica se pueden atribuir al paciente; factores asociados y actitud y experiencia del cirujano, se plantean propuestas para disminuir porcentajes de reintervención quirúrgica.

TL-118**ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LESIONES TRAUMÁTICAS DE COLON: REVISIÓN DE 2 AÑOS**

García CS, Plascencia MG, Mejía CG. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Hospital General Balbuena. México, Distrito Federal

Antecedentes: Presentamos el análisis epidemiológico de las lesiones de colon en el Hospital General Balbuena del mes de enero del 2002 a julio del 2004. **Objetivo de estudio:** Presentar el análisis epidemiológico de lesiones de colon en nuestra institución y compararla con los datos estadísticos internacionales. **Material y método:** Se revisó la base de datos del servicio de Cirugía General de nuestra institución correspondiente a lesiones de colon de origen traumático durante los meses ya mencionados. Se analizaron la edad, sexo, mecanismo y grado de lesión (clasificación OIS), tratamiento y complicaciones. Se realizó un análisis en cuanto a morbilidad y mortalidad postoperatoria, así como una comparación con los resultados estadísticos internacionales. **Resultados:** El total de pacientes con lesión traumática de colon fue de 99, predominando el sexo masculino (90%). El mecanismo de lesión principal fue por proyectil de arma de fuego (42%) y por instrumento punzocortante (41%). Los grados de lesión I, II y III fueron los que más se presentaron (92%). La mayor frecuencia de casos correspondió a las personas dentro del grupo económicamente activo. En cuanto a las modalidades del tratamiento en el 52% se realizó cierre primario, 30% colostomía y 17% hemicolectomía. Las complicaciones principales fueron abscesos intraabdominales y fístulas pancreáticas; presentando una mortalidad global del 3%. **Discusión y conclusiones:** De acuerdo a la literatura, el colon ocupa el segundo lugar como órgano lesionado por heridas penetrantes, en contraste con el trauma cerrado en el cual se presenta hasta en un 2 a 5%, lo cual es similar a nuestros datos estadísticos. De la misma forma las complicaciones y mortalidad son similares a nuestra serie. En cuanto al tratamiento, aún en nuestros días se mantiene la controversia entre cierre primario vs colostomía, por lo que obliga una revisión amplia de indicadores tales como los mencionados por Flint, Fabián-Stone y Shanon-Moore.

TL-103**MANEJO DE LESIONES DE COLON EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.**

Martínez BA, García LJ, Aguirre RR, Moreno RA. Servicio de Cirugía General del Hospital General de Acapulco, S. S. Guerrero

Antecedentes: La lesión de colon es siempre grave; esto depende de distintas variables: edad, mecanismo de lesión, grado de contaminación, lesiones asociadas, tiempo de evolución, estado hemodinámico, las cuales son determinantes en la terapéutica a utilizar. **Objetivos:** Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico específico en lesiones de colon. Identificar los factores de riesgo asociados para determinar el tipo de cirugía a realizar. Estudio retrospectivo, observacional y sin grupo control en un periodo de enero del 2002 a enero del 2004. **Material y métodos:** Expedientes clínicos de pacientes con trauma abdominal seleccionando pacientes con lesión traumática o iatrogénica. Se aplicaron 2 índices predictivos: CIS-FLINT y PATI. **Resultados:** Total 20 pacientes; 19 hombres, 1 mujer. Mecanismo HPAF (n = 13), TCA (n = 3), OCC (n = 3), iatrogénica (n = 1). Edades de 19 a 65 años. 3 grupos: colostomizados (n = 7); cierre primario (n = 12) y anastomosis (n = 1). El tiempo de evolución < 8 h (n = 18); > 8 h (n = 2). Estado hemodinámico estable (n = 9); choque grado I (n = 3); GII (n = 5), GIII (n = 2), GIV (n = 1). La lesiones asociadas de ID, hematomas retroperitoneales. **Conclusiones:** Contraindica un cierre primario: PATI > 25, CIS Flint II y III, choque GII y GIII. Evolución > 6 horas, estos ayudan a conocer el riesgo de complicaciones, pero no marcan un pronóstico en cuanto a la falla de un cierre primario. De nuestros pacientes el 65% CIS-FLINT II con cierre primario sin complicación. El cierre primario o colostomía son métodos seguros en el tratamiento de lesiones de colon, pero en las peores circunstancias se debe realizar colostomía.

TL-094**PROCTOCOLECTOMÍA RESTAURATIVA CON RESERVOIRIO ILEAL EN "J". EXPERIENCIA EN UN CENTRO MÉDICO NACIONAL**

Palomares ChUR, Pulido GLR, Durán RO, González OA, Farias LIOA, López RMKL, Velázquez RGA, Ruiz ChIE, Fuentes OC, Cortés FA. Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara.

Objetivo: Presentar la experiencia en el manejo quirúrgico de la colitis ulcerosa crónica inespecífica (CUCI) y poliposis adenomatosa familiar (PAF), conocer la morbimortalidad, complicaciones y resultados funcionales, mediante la realización de proctocoliectomía restaurativa con reservorio ileal en "J". **Material y métodos:** Serie de casos, captados de enero 1993 a diciembre 2003. Los criterios de selección: pacientes con proctocoliectomía restaurativa con reservorio ileal en "J" en pacientes con CUCI y PAF, tratados y evaluados prospectivamente. **Resultados:** Se captaron 16 casos con proctocoliectomía restaurativa y reservorio ileal en "J" (9 masculinos, 7 femeninos), de los cuales 12 casos con CUCI y 4 con PAF. La edad media fue de 33 años. En todos los casos se realizó ileostomía protectora. En 7 casos se encontraron complicaciones tales como absceso pélvico, sección de uréter más tromboembolia pulmonar, hemoperitoneo, persistencia del sangrado transrectal, infección de herida quirúrgica e impotencia sexual. Se encontró un caso de incontinencia anal a líquidos de manera temporal de las cuales sólo 4 requirieron de reintervención quirúrgica. La media en: estancia hospitalaria 11.9 días; número de evacuaciones en 24 h a los 3 meses 10.1, a los 6 meses de 8 y a los 12 meses, 6.6; seguimiento de 44.25 meses sin defunciones al corte del estudio. **Conclusiones:** Los resultados de esta serie demostraron adecuada calidad de vida, demostrando buenos resultados funcionales, una morbilidad aceptable y no hubo mortalidad. Es necesario el seguimiento a largo plazo para identificar complicaciones tardías.

TL-072**COLITIS ISQUÉMICA ASOCIADA A CIRUGÍA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL**

Sierra ME, Villanueva SE, Martínez HMP, Rocha RJL, Rojas IM, Fernández HJM

La definición propuesta por Johnson y col., isquemia es una condición marcada por el déficit de oxígeno tisular y exceso de bióxido de carbono. La isquemia aguda del colon izquierdo es una complicación infrecuente después de la cirugía de aneurisma de aorta abdominal, pero cuando ocurre la mortalidad puede llegar al 100%. El objetivo de este estudio es revisar las estadísticas de trabajos realizados y compararlos con este trabajo para obtener esquemas de detección temprana. **Materiales y métodos:** Se revisaron los expedientes de las cirugías de aneurisma de aorta abdominal realizadas por el Servicio de Angiología del Hospital de Especialidades Siglo XXI. **Resultados:** Fueron 124 pacientes pero sólo se hallaron los expedientes de 70 pacientes. Los casos de colitis isquémica no gangrenosa fueron 11 (8.87%), sexo masculino 10 (90.9%), femenino 1 (9.09%), la edad promedio fue de 74.54% (66-85), el injerto realizado fue AortoBiliaco en 6 pacientes, AorticoBifemoral 4 pacientes y AortoAórtico en 1 paciente, los casos remitieron con tratamiento médico. Los casos de colitis isquémica gangrenosa fueron 10 (8.06%), 8 hombres (80%) y 2 mujeres (20%) con un promedio de edad de 74.6 años (66-82), el promedio de días posterior al diagnóstico fue de 3.5 días (3-6), la aneurisma infrarrenal 8 casos, iliaca en 2 casos, el injerto realizado Aórtico Bifemoral en 3 casos y Aórtico Biliaco en 7 pacientes, la cirugía realizada: Hemicolectomía izquierda/colostomía terminal 6 casos, Op. Hartman 1 caso, RAB/Colostomía terminal 1 caso, Open/close 2 casos; las complicaciones se presentaron en 2 casos (necrosis de estoma), la mortalidad fue de 4 pacientes (40%). **Discusión:** Existen muchos trabajos en la literatura se han realizado demostrando varios factores como posibles desencadenantes de la colitis isquémica como son: hematoma retroperitoneal, inestabilidad hemodinámica, tiempo de clipaje de la aorta, ligadura de la arteria mesentérica inferior, pero en la actualidad se trata de ver los mecanismos para detectar en forma más temprana un posible evento isquémico como son el uso de la tonometría colónica, detección de los niveles de D- lactato, Niveles de Proteína Z y el rol del factor activador de plaquetas. **Conclusiones:** Todos los esfuerzos deben ir encaminados a una detección temprana y la solución sería un control endoscópico 24-48 horas posteriores a la cirugía de Aneurisma para disminuir la mortalidad del evento.

TL-069

VÓLVULO DE COLON. REVISIÓN DE 9 AÑOS

Vaca PE, Guevara TL, Sánchez AM. Hospital Central "Dr. IMP", SLP, SLP

Introducción: La frecuencia, edad y sitio de presentación varía según la zona geográfica. Turquía, Irán e India reportan 40% como causa de obstrucción intestinal. En México representa el 10% entre los 45 y 65 años de edad, predomina en sigmoides. En ausencia de perforación se recomienda descompresión no quirúrgica, de solucionarse, cirugía electiva durante el mismo internamiento. Ante sospecha de perforación debe realizarse cirugía de urgencia; aunque es controversial, estudios recientes favorecen resección+anastomosis primaria sin preparación de colon en menores de 70 años, sin gangrena intestinal. **Objetivo:** Conocer la frecuencia, presentación clínica, resultados del tratamiento y morbimortalidad en pacientes con vólvulo. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, longitudinal, comparativo. Se revisaron 497 expedientes con diagnóstico de obstrucción intestinal, que ingresaron del 010195-311203. Se confirmó diagnóstico de vólvulo en 58 (41 de colon, 17 de delgado); se excluyen los últimos, se analizan 11 variables en los primeros. **Resultados:** Representó 8.24% como causa de obstrucción, promedio de edad (64.5 años), 83% (34) masculinos, evolución > 48 h 78% (32), presentación aguda 73% (30), diagnóstico prequirúrgico 61% (25). El sigmoides representó 92.6% (38), ciego 4.8% (2), transverso 2.4% (1). Los tratamientos empleados fueron: Hartmann 51.2% (21), fijación 17% (7), Resección + anastomosis primaria 12% (5), destorsión 20% (8). La morbilidad total fue 48.7% (20 casos), predominaron neumonía 5(12.2%), íleo postoperatorio 5 (12.2%), recurrencia 4(9.7%). La resección + anastomosis primaria presentó menor morbilidad (2.43%), la resección + co-

lostomía + Hartmann presentó mayor morbilidad (13.6%). Mortalidad 2.4% (1 caso). **Conclusiones:** Sigmoidectomía + anastomosis primaria es un tratamiento seguro que puede emplearse en menores de 70 años que no cursan con gangrena intestinal secundaria. Resección + colostomía + Hartmann es también buena alternativa en cirugía de urgencia por vólvulo, pero, presenta mayor morbilidad que la anterior y el inconveniente de un 2do evento quirúrgico.

TL-112

MÉTODO OSMOLAR PARA LA REDUCCIÓN DEL PROLAPSO RECTAL INCARCERADO

Rodea RH, Orea GY, Jalife MA, Athié GC, Guizar BC. Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas y Cirugía General, Hospital General de México, Cd. México

El prolapso rectal se define como la protrusión a través del ano de todas las capas del recto, y una de las complicaciones que puede desarrollar es la incarceration, que requiere de su reducción inmediata con el objeto de evitar la necrosis o la perforación. Este es el reporte de 9 casos, en los que a su llegada a urgencias, se les administró azúcar como agente hiperosmolar para la reducción del prolapso, la cual se logró con éxito, y del manejo quirúrgico que desarrolló posteriormente como método definitivo. Una vez que se reduce el prolapso rectal y se disminuye el compromiso vascular del órgano, es factible la preparación del paciente y lograr el estado óptimo para la realización de la cirugía, obteniendo con ello mayor probabilidad de éxito en el procedimiento, disminuyendo la morbimortalidad del paciente.

TL-252

COMPARACIÓN ENTRE ANASTOMOSIS INTESTINAL DE UN PLANO CONTRA ANASTOMOSIS INTESTINAL EN DOS PLANOS, EN UN MODELO EXPERIMENTAL

Cárdenas-Lailson E, Pérez TH, Orozco-Tapia LM, Becerra-García F. Hospital General "Dr. Manuel Gea González" Ciudad de México. División de Cirugía Experimental

Antecedentes: Las ventajas potenciales de la anastomosis intestinal en un plano son menor tiempo quirúrgico, menor estenosis, mayor presión de apertura, menor isquemia en la línea de sutura y menor riesgo de fuga anastomótica. **Objetivo:** Comparar la fuerza de apertura entre la anastomosis en un plano contra la anastomosis en dos planos. **Material y métodos:** El experimento se realizó en conejos Nueva Zelanda. En cada animal se realizó una anastomosis en un plano y otra en dos planos. Se formaron dos grupos, el A de sutura en un plano y B sutura en dos planos. Las variables independientes fueron sutura en uno o dos planos y tiempo quirúrgico. Las variables de desenlace fueron presión de apertura, estenosis, fuga intestinal y absceso abdominal. **Resultados:** El tiempo quirúrgico fue significativamente menor en el grupo A (30 + 3.33 minutos contra 43.3 + 6.66; P = 0.000) y hubo tendencia a una presión de apertura mayor (201.42 + 12.14 mmHg contra 170 + 56.31)(P = 0.102). Existió una fuga intestinal en el grupo A y ninguna en el B. Ambos grupos fueron similares en cuanto al sangrado, frecuencia de estenosis y el perímetro postoperatorio. **Conclusiones:** La anastomosis intestinal en un plano disminuye el tiempo quirúrgico sin aumentar la frecuencia de dehiscencias y tiende a una mayor presión de apertura. El perímetro intestinal no mostró diferencias entre los grupos.

TL-032

MANEJO DE LA SEPSIS ABDOMINAL SEVERA CON LAPAROTOMÍA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Martínez QM, Navarro SA, Mares HM. Servicio de Cirugía General. Hospital General de H. Matamoros, Tamaulipas "Dr. Alfredo Pumarejo"

Antecedentes: El manejo de la sepsis abdominal severa (SAS) consiste en el control quirúrgico del foco infeccioso, drenar el pus, lavar la cavidad y cerrar dejando o no drenajes. La laparostomía (LA) se

diferencia de este manejo en el cierre ya que en esta última se deja el abdomen abierto protegiendo las estructuras intraabdominales con una lámina de polivinilo, esto permite la mejoría fisiológica del paciente. **Objetivo:** Reportar la mortalidad y la evolución fisiológica de los pacientes con SAS manejados con LA y comparar la mortalidad con los manejados de forma convencional. **Métodos:** Se trata de un estudio prospectivo, comparativo, transversal, observacional, de pacientes con SAS tratados con LA, teniendo como grupo contraste pacientes con SAS tratados de forma convencional, del primero de junio del 2002 al 30 de noviembre del 2003, en el que se midió la mortalidad y la evolución fisiológica. **Resultados:** Fueron 20 pacientes, 14 hombres (70%) y 6 mujeres (30%), 20 (100%) presentaron taquicardia, 19 (95%) tuvieron leucocitosis, 15 (75%) con alteraciones respiratorias, y 8 (40%) con alteraciones de la temperatura. El órgano que falló en los 20 pacientes (100%) fue el riñón, falla pulmonar en 11 (55%), cardiovascular 6 (30%), intestinal 4 (20%), hematólogica 5 (25%) y del sistema nervioso central cada una en 4 (20%) pacientes y falla hepática en 2 (10%). La mortalidad global fue del 30%, con 50% en el grupo de manejo convencional y 10% para el grupo de laparostomía. Con una razón de momios de 7.3, razón de disparidad 1.84, nivel de confianza 95%. **Discusión:** La LA mejora el estado fisiológico del paciente, lo que disminuye la mortalidad es una buena opción terapéutica con resultados favorables si se emplea oportunamente.

TL-199

MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO

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

Objetivo: Informar los resultados del manejo protocolizado del abdomen abierto. **Antecedentes:** El manejo del abdomen abierto en cirugía es difícil, y algunas áreas continúan en controversia. Las fistulas gastrointestinales son complicaciones serias y se asocian a una alta mortalidad y morbilidad. Presentamos nuestro método de manejo en pacientes con abdomen abierto. **Diseño:** Estudio de observacional, comparativo y retrospectivo. **Pacientes y métodos:** Se revisaron 50 expedientes de pacientes tratados durante el periodo de 1999 a 2004, recibiendo el manejo establecido por el protocolo de la clínica de ostomías y heridas a partir de 2002, comparando estos resultados con los de pacientes sin este manejo. **Resultados:** 20 pacientes fueron manejados según el protocolo establecido, 30 pacientes fueron sometidos a cuidados generales de la herida quirúrgica por personal de enfermería o familiar no capacitado. De los pacientes no protocolizados el 65% presentó colonización de la herida, 34% presentó fístula gastrointestinal, 10% evisceración y una mortalidad del 17%; en comparación a los pacientes con el manejo protocolizado que mostraron 25% de colonización, 10% presentó fístula gastrointestinal, 5% evisceración y una mortalidad de 10%. El seguimiento se llevó a cabo durante 1 año en todos los pacientes. **Conclusiones:** El abdomen abierto manejado de acuerdo al protocolo establecido ofrece mejores resultados, con disminución de la morbimortalidad.

TL-166

¿ES ÚTIL LA PROFILAXIS ANTIMICROBIANA EN LA TORACOSTOMÍA CERRADA POR TRAUMA? ESTUDIO PROSPECTIVO DOBLE-CIEGO. INFORME PRELIMINAR.

Vázquez MAM, Pinedo OJ, Belmares TJ, Hernández SJF, Sánchez AM, Guevara TL, Aguillón LA. Hospital Central "Dr. Ignacio Mozones Prieto" SLP, SLP.

Introducción: La sepsis pleural es una complicación del trauma torácico. La literatura informa hasta un 36% de complicaciones infecciosas relacionadas con éste, las heridas o su tratamiento; siendo las más frecuentes empiema y neumonía. Un estudio retrospectivo de nuestra institución informó una frecuencia de 5%. El desarrollo de la sepsis pleural depende de una compleja interacción de múltiples variables, existiendo controversia sobre la utilidad de la profi-

laxis antimicrobiana. **Objetivo:** Determinar si el empleo de profilaxis antimicrobiana en toracostomía cerrada por trauma es útil para disminuir la frecuencia de sepsis pleural. **Material y métodos:** Ensayo clínico controlado, con una muestra de 84 pacientes aleatorizados en dos grupos, recibiendo el grupo A cefalotina y el B sin antibiótico. **Resultados:** Hasta el momento se han reclutado 20 pacientes, con edad promedio de 26 años y predominio de sexo masculino (100%). El mecanismo de trauma fue penetrante en 15 casos, con promedio de duración de sonda de 6 días y hospitalización de 8 días. Ningún paciente presentó empiema o neumonía, y a 6 de ellos (30%) se les recolocó la sonda en las primeras 24 horas por disfunción de la misma, ninguno tuvo hemotórax retenido. **Conclusiones:** Aunque no se presentaron complicaciones infecciosas hasta el momento, y el riesgo de empiema no es uniforme y obedece a múltiples factores, nosotros recomendamos para minimizar este riesgo seguir los principios quirúrgicos básicos de retirar coágulos (evacuación completa de hemotórax), obliterar espacio muerto (expansión completa del pulmón) y una meticulosa técnica estéril.

TL-159

MANEJO DE SEPSIS ABDOMINAL CON NANO-CRISTALES DE PLATA Y EL USO DE VAC

Uribe TFF. Hospital San Javier. Guadalajara, Jal.

Objetivo: Demostrar que en los procesos infecciosos intra-abdominales, el uso de plata y combinación de VAC acortan la estancia intrahospitalaria con cierre completo del abdomen. Se recibieron tres pacientes en el área de terapia intensiva, en un periodo de 8 meses, con datos de sepsis abdominal, 2 mujeres y 1 hombre, la primer paciente con antecedentes de histerectomía y 5 lavados abdominales quirúrgicos por sepsis, la segunda paciente con antecedentes de cirugía laparoscópica y 2 lavados intraabdominales por perforación de intestino delgado, con derivación, ileostomía, tercer paciente, con antecedentes de perforación intestinal por *Salmonella* y tres lavados abdominales por sepsis abdominal. Los pacientes fueron tratados en el área de terapia intensiva, del Hospital San Javier, en Guadalajara, Jalisco, México. El rango de edades es de 48^a-52^a, las sepsis aisladas fueron, *Candida tropicales*, *Candida albicans*, *E. coli*, *Pseudomonas aureus*, el manejo de medicamento intravenoso se llevó a cabo por infecto, y terapia, con triple esquema. Se inician los lavados peritoneales en el Servicio de Terapia Intensiva en cada cubículo con Jetox y Microcyn 60, posteriormente se maneja por encima de la bolsa de Bogota la aplicación de Acticoat 7 y posteriormente colocar a 100 mmHg el sistema VAC en forma intermitente con 5 minutos de succión y 3 de descanso, realizando los cambios cada 48 h, del sistema y la hoja de nano-cristales de plata con seguimiento fotográfico, y de cultivos, por lo que al 10 día la cavidad abdominal tiene cambio evidente y los cultivos con disminución de la cuenta bacteriana, el proceso inflamatorio decreciendo y el síndrome compartamental abdominal desapareciendo, pudiendo lograr el cierre de los pacientes entre la 5ta semana. Hay que mencionar que la mortalidad de la sepsis abdominal es de 60-80% y que en la clasificación internacional es clase IV, los pacientes tratados, es importante la circulación de líquido peritoneal para entender el funcionamiento.

TL-180

ÍNDICE DE MANNHEIM Y MEDICIÓN DE PRESIÓN INTRAABDOMINAL COMO FACTORES PRONÓSTICOS PARA RELAPAROTOMÍA EN SEPSIS SECUNDARIA A INFECCIÓN INTRAABDOMINAL DIFUSA

Medrano GA, Cerda CL, Mar ChR, Pérez AC, Rodríguez HR, Moreno CE, Flores MS, Torres FM, Méndez OC, Zarandona LJ, Contreras GA, Reman PA. Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco" Tampico, Tam.

La sepsis abdominal es una entidad patológica de difícil manejo, exige un tratamiento multidisciplinario, el tratamiento quirúrgico juega un papel importante y hasta el momento no se cuenta con evidencia que soporte el uso de una técnica quirúrgica en especial, como relaparotomía planeada, relaparotomía a demanda o laparostomía, el estudio

realizado pretende analizar la asociación del puntaje según la escala de Mannheim y el monitoreo de presión intraabdominal (PIA) con el método de Kron, como factor pronóstico para relaparotomía en pacientes con diagnóstico de sepsis secundaria a infección intraabdominal difusa, con el fin de crear una base de datos que sirva para estudios subsecuentes. Estudio realizado en el Hospital General de Tampico "Dr. Carlos Canseco" durante el periodo del 1ero de enero del 2004 al 31 de agosto del 2004, prospectivo observacional, incluyendo en el estudio a pacientes con diagnóstico de sepsis secundaria a infección intraabdominal difusa de cualquier edad o sexo tratados quirúrgicamente en el Hospital General de Tampico, excluyendo a pacientes con diagnóstico diferente al de inclusión o que ingresaran a nuestro hospital en postoperatorio referidos de otra unidad hospitalaria. Hasta el momento se han capturado 19 casos de los cuales 11 son hombres y 8 mujeres con rango de edad de 18 a 86 años, con diagnóstico y procedimientos diversos, en los cuales se obtiene puntuación de Mannheim y monitoreo de PIA, la estrategia quirúrgica en nuestros pacientes es realizar relaparotomía a demanda, el índice de Mannheim obtenido ha sido de entre 20 a 36 puntos, haciendo monitoreo de PIA en cada uno de nuestros pacientes, actualmente el estudio se encuentra en proceso, se realizará análisis de resultados y conclusiones durante el mes de septiembre del 2004.

TL-012

MEDIASTITIS PURULENTA EN INFECCIONES PROFUNDAS DE CUELLO

Cárdenas MKR, Cortés FAO, Fuentes OC, Martínez OLC, Farías LIOA, López RMKL, Ruiz ChIE, González OA. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco, México

Introducción: La mediastinitis es una complicación rara de los abscesos profundos de cuello pero conlleva una alta mortalidad debido a su rápida extensión. **Objetivo:** Establecer la frecuencia de mediastinitis como complicación secundaria a infección profunda de cuello. **Material y métodos:** Serie de casos. Se estudiaron los casos de mediastinitis secundaria a abscesos profundos de cuello de marzo del 2001 a febrero del 2004. El análisis se realizó con pruebas estadísticas descriptivas. **Resultados:** Se obtuvieron 5 pacientes. 3 (60%) hombres y 2 (40%) mujeres. La edad de presentación fue 42.2 ± 18.4 años. El promedio de días sin diagnóstico fue 2.4, y los días de estancia hospitalaria 24.8 (rango 1-56). La síntomas más comunes; fiebre en 5 casos (100%), disfagia en 4 pacientes (80%), disnea en 4 (80%), dolor retroesternal en 3 (60%), ortopnea en 2 (40%) y taquicardia en 1 (20%). El sitio de infección primaria fue identificado en todos los casos, 4 por patología dental (80%), y uno por infección de vías respiratorias superiores. La invasión a mediastino superior fue identificada en 3 casos (60%), anterior en 3 (60%), el medio se afectó en un paciente (20%), y el posterior en un caso (20%). El tratamiento médico consistió en ayuno, apoyo nutricional y ventilatorio, analgésicos, aminas, insulina, y antibióticos. Los pacientes fueron sometidos a drenaje cervical y mediastinal con realización de traqueotomía (100%). A 3 (60%) se les realizó pleurostomía, 2 (40%) requirieron gastrostomía para mejorar el estado nutricional, uno de ellos por fístula traqueoesofágica. El número de cirugías por paciente fue de 5.4 ± 1.8 entre cirugía inicial y reintervenciones. Las complicaciones fueron: sepsis y SIRPA en todos los pacientes en algún momento del curso de la infección, seguidas de derrame pleural y desnutrición en 4 casos (80%), empiema y falla orgánica múltiple en 3 (60%) y neumonía en un caso (20%). La mortalidad en 3 pacientes (60%). **Conclusiones:** La mediastinitis secundaria a abscesos profundos de cuello es poco frecuente. El retraso en el diagnóstico es común. El tiempo de estancia hospitalaria es largo, requiriendo múltiples intervenciones quirúrgicas. A pesar de todo lo anterior la mortalidad es muy elevada.

TL-093

SONOFORESIS O FONOFORESIS: OTRA TÉCNICA PARA LA UTILIZACIÓN DEL ULTRASONIDO Y LA APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS

Uribe TFF, Castañeda S. Centro de Capacitación. Guadalajara, Jal.

Objetivo: Demostrar que la vasodilatación de las heridas con la aplicación de ultrasonido nos proporciona una penetración de los medicamentos a mayor espesor. Durante 36 meses el Centro de Capacitación y manejo de heridas en la ciudad de Guadalajara, Jalisco. Se realizó un trabajo prospectivo y comparativo de pacientes con heridas crónicas y agudas con medicamento tópico como es la Ketanserina (Sufrexal) y Ch Peptidasa (ulcoderma), en un grupo de 40 pacientes y otro en el que se combinó la aplicación de ultrasonido durante la aplicación del medicamento, con los antecedentes de artropodias en los que esta técnica de sonoforesis o fonoforesis, permite que penetren los medicamentos a más de 5 mm por lo que el equipo que se utilizó en los pacientes fue un Dinatron 150 plus, con 2-3 MHz ciclos de trabajo, 1.5 watts y 20-50%, un tiempo de 10 minutos, observando que en pacientes la herida se encontraba cerca de hueso les provocaba dolor, nos produce una desbridación, no comparativa al bisturí o a las químicas pero sí facilitando la desbridación instrumentada, a las 24 h, reblandeciendo las áreas periféricas de las heridas, por lo que la induración disminuye aproximadamente 0.3-0.5 mm por sesión, dentro del estudio comparativo de la penetración del producto se llevó a cabo con la toma de biopsia a la 5ta sesión, y la toma fotográfica del seguimiento por lo que se redujo a la mitad de tiempo el proceso cicatrizal y se obtuvo un reblandecimiento de la cicatriz, a comparación de los pacientes que no se les aplicó el ultrasonido como terapia y penetración del medicamento.

TL-060

TÉCNICA DE ENTEROANASTOMOSIS (PUNTOS CONNELL-MAYO) APLICADOS EN LAS HISTERORRAFÍAS (CESÁREAS) EN UN HOSPITAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD

Castillo CR, Arellano HG, Sandoval VE, Baeza VV, Sánchez SS. Hospital General de Cárdenas Tabasco, SSA

Objetivo: Dar a conocer la aplicación de una técnica de enteroanastomosis (puntos Connel-Mayo) en las histerorrafías (cesáreas) con una sola sutura. **Método:** Consiste básicamente en la aplicación de la técnica de Connel-Mayo en las histerorrafías con una sola sutura. **Técnica:** Se inicia la histerorrafia con una sola sutura de Catgut crómico del No. 1, colocando un punto invertido en el ángulo de la histerotomía, y dos puntos anclados invertidos, de manera que queden invaginados los primeros 5 cm de ese segmento, se saca la sutura por un borde para iniciar los puntos Connel-Mayo, los cuales hacen que los bordes del útero se vayan invaginando hasta llegar al otro extremo, en ese ángulo se colocan dos o tres puntos anclados, hecho esto se regresa con la misma sutura, tomando el peritoneo visceral y colocando puntos seromusculares sobre el primer plano, siendo estos anclados; de esta manera queda reforzado el primer plano y peritonizado el útero, se termina en el ángulo donde se inicio la histerorrafia. **Resultados:** Se intervinieron 250 pacientes de cesárea de enero de 1999 a mayo de 2004 de 12 a 40 años de edad. Las indicaciones de las cesáreas fueron: Desproporción cefalopélvica 45 (18.0%); ruptura prematura de membranas con oligohidramnios severo 15 (6%); sufrimiento fetal agudo 70 (28.0%); cesárea anterior 55 (22.0%); preclampsia severa 15 (6.0%); circular de cordón 5 (2.0%); Presentación pélvica 25 (10.0%); manipulada por empírica 18 (7.2%); desprendimiento prematuro de placenta normoinserta 2 (0.8%). Generalmente en una histerorrafia se utilizan 3 suturas, con esta técnica pudimos ahorrar dos suturas por cada procedimiento, lo que equivale a 500 suturas ahorradas en las 250 histerorrafias realizadas, siendo esto significativo, tomando en cuenta las necesidades que tenemos cada día en nuestras Instituciones del Sector Salud. **Conclusión:** Es una técnica utilizada en enteroanastomosis (puntos Connel-Mayo) que pudo ser aplicada en histerorrafias (cesáreas) utilizando una sola sutura sin ninguna dificultad técnica, disminuyendo con esto el consumo de material de sutura.

TL-036

EXPERIENCIA DEL CIRUJANO GENERAL EN CESÁREAS EN UN HOSPITAL RURAL

Rodríguez-Paz CA, Carreón-Bringas RM, Calleros-Mariscal M, González-De Blas JJ, Dávila-Bueno DA. Hospital Rural 44 Zacatipan, Programa IMSS oportunidades; San Luis Potosí

Introducción: La baja cantidad de cobertura de ginecobstetras (GO) en los hospitales rurales (HR) y la alta demanda de embarazadas complicadas en el campo donde el cirujano es la única opción para manejar este tipo de problemas ante la falta del especialista, lo que ha incrementado la mortalidad materna y ha mejorado la oportunidad de la atención a la embarazada. **Objetivo:** Informar la experiencia de cesáreas por cuatro cirujanos generales (CG). **Sede:** Hospital rural de segundo nivel en San Luis Potosí. **Metodología:** Por estudio prospectivo, transversal, descriptivo se recabaron los datos de los expedientes de las cesáreas realizadas por cirujanos generales y obstetras de enero a mayo del 2004, describiendo las cantidades de procedimientos realizados, las edades. Motivos de diagnóstico, estableciendo diferencias estadísticas por prueba de χ^2 . **Resultados:** Se recabaron 422 casos donde el 22.9% fueron realizados por el CG y 77% por el GO, el tiempo quirúrgico fue para el GO de 39 min y el CG 44.3 CDE ($P > 0.001$), para los diagnósticos fueron similares por caso predominando DCP, pélvicos; sangrado transoperatorio fue 856 para GO y 589 CG, las complicaciones fueron 3.7 para GO y 3.1 para el CG SDE ($P = 0.5$), no hubo mortalidad. **Conclusiones:** La necesidad de cobertura ante la ausencia de obstetra y la urgencia de atender casos de inmediato manejo obstétrico ha motivado en el área rural la participación del CG en cesáreas con mínimas diferencias (posterior a un periodo de adiestramiento de 10 pacientes). Esto ha beneficiado a la población indígena, disminuir traslados y disminuir la muerte materna.

TL-043

IDENTIFICACIÓN DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO POR INMUNOHISTOQUÍMICA EN METÁSTASIS Y GANGLIOS LINFÁTICOS DE PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO EN ETAPAS AVANZADAS OBTENIDOS POR LAPAROSCOPIA. REPORTE PRELIMINAR
Cantón JC, Morgan G, Sevilla R, Vázquez G, López G, Fregoso AJM, Ruiz SJ, Candelas ODT, Farias LLOA, Evaristo MG, Hernández RR. Departamento de Ginecología del Hospital General Regional 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Departamento de Cirugía General. Departamento de Oncología y Radioterapia. Departamento de Patología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco

Introducción: Conocer el estado ganglionar para-aórtico en etapas avanzadas de cáncer cervicouterino (CaCx) es un factor diagnóstico y pronóstico. El demostrar la presencia del virus de papiloma humano (VPH) en metástasis, justifica un tratamiento sistémico. El objetivo de este estudio fue el demostrar la presencia de VPH en metástasis de ganglios linfáticos obtenidos mediante linfadenectomía laparoscópica en pacientes con CaCx en etapas IB2 a IVB. **Material y métodos:** Se seleccionaron seis pacientes con diagnóstico de CaCx, en etapas clínicas de IB2 a IIIB, con edades de 32 a 60 años, sin contraindicación quirúrgica laparoscópica. se colocaron los trócares pertinentes para identificar los vasos ilíacos comunes, a partir de donde, se efectuó disección cefálica de los ganglios intercavaoárticos. Los especímenes se enviaron a estudio histopatológico, inmunohistoquímica (citoqueratina) y marcador para VPH. **Resultados:** En seis pacientes con promedio de edad de 47 años se encontró CaCx: epidermoide en cuatro (66%) y adenoescamoso en dos (33%). Etapas clínicas: un caso IB2 (17%); tres casos IIB (50%) y dos casos IIIB (34%). Se encontraron ganglios positivos para metástasis y VPH en tres casos (50%), que los convierte en etapa IVB. No se presentaron complicaciones transoperatorias ni postoperatorias. Estancia hospitalaria de 24 horas, en todas las pacientes. **Discusión:** La linfadenectomía laparoscópica, puede demostrar la presencia del virus de papiloma humano en metástasis de CaCx, lo que permite efectuar un diagnóstico más preciso e iniciar con los tratamientos de quimio y radioterapia siete días posteriores a la cirugía laparoscópica.

TL-016

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER EN EL HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

Balderas PLMA, González OA, Mun GME, Fuentes OC, López RMKL, Cortés FAO, Farias LLOA, Ruiz CHIE, Barragán RJA, Salas GE. Hospital de Especialidades CMNO, Guadalajara, Jalisco, México

Objetivo: Conocer el perfil epidemiológico de los padecimientos ginecológicos malignos en un centro médico de referencia de tercer nivel en el Occidente de México. **Material y método:** Estudio transversal, descriptivo, se estudiaron los registros de pacientes con diagnóstico histológico de cáncer, a través del archivo del hospital de Ginecobstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente. Los resultados se presentan con frecuencias, promedios y desviaciones estándar. **Resultados:** Se captaron 1,025 expedientes (enero-1981 a mayo-2003). Edad promedio 51.55 años (16-94 años). El cáncer de mama fue el más frecuente (67.5%), con predominio en mama izquierda. Los casos bilaterales se identificaron en pacientes 10 años más jóvenes que aquellas con enfermedad unilateral. El cáncer de cérvix fue la segunda más común (17.2%), seguida por cáncer de ovario (91 casos = 8.8%), cáncer de endometrio 44 (4.2%). Los estadios clínicos fueron II y III en 87% de los casos de mama, estadio I y II 81% de cáncer de cérvix, estadio III 39.5% de cáncer de ovario y estadio I 58.5% en cáncer de endometrio. **Conclusiones:** El cáncer de mama ocupa la primera causa de manejo médico, detectado en estadios clínicos II y III. El de cérvix ocupa el segundo lugar. El cáncer de ovario se diagnostica en estadios avanzados en la mayoría de pacientes. Es importante registrar en un solo hospital de referencia todos los cánceres ginecológicos a fin de obtener mejor atención y evaluar estrategias para contar con mejores tratamientos. El pronóstico a largo plazo puede mejorar.

TL-092

CIRUGÍA EN EMBARAZADAS

Guevara TL, Rocha AM, Sánchez AM, Belmares TJA. Hospital Central "Dr. IMP", SLP, SLP

Introducción: El diagnóstico preciso y tratamiento de patologías quirúrgicas en embarazadas significa un desafío para el cirujano, debido a cambios anatomofisiológicos que se producen y que modifican síntomas y signos de patologías que requieren cirugía. Esto retrasa la búsqueda de atención médica y el diagnóstico, traduciendo mayor riesgo al binomio madre-feto. En diversas publicaciones lqx por apendicitis aguda es la más frecuente en embarazadas (1:1500-2000); seguido de patología biliar, aunque existen reportes donde esta enfermedad es más frecuente. Otras patologías quirúrgicas que pueden presentarse en embarazadas son: Cáncer mamario, CaCU, enfermedad tiroidea, masas anexiales, litiasis renoureterales, hemorroides. **Objetivo:** Conocer y describir las causas más frecuentes de cirugía en embarazadas, estudiar si estas influyen el curso del embarazo. **Material y métodos:** Estudio longitudinal, retrolectivo, descriptivo. Se revisaron expedientes de embarazadas del 010102-311202. Se realizó análisis estadístico básico, χ^2 . **Resultados:** 3,537 pacientes embarazadas durante el periodo de estudio, 24 (0.67%), ameritaron alguna cirugía durante la gestación. Patología biliar causa más frecuente (0.37%, 14 pac.); apendicitis aguda (0.16%, 6 pac.). 58.33% se operaron el segundo trimestre, 41.67% el tercero, ninguna el primero. Morbilidad 41.6% (10 pac.), 4 presentaron trabajo de parto prematuro, 2 IVUs, infección herida quirúrgica, hiponatremia, sepsis neonatal, aborto un caso c/u. En 5 pacientes (20.83%) la evolución del embarazo estuvo afectada por la magnitud de la patología subyacente aun con utilización de agentes tocolíticos en las pacientes intervenidas. Cero mortalidad materno-fetal. **Conclusiones:** La patología que ameritó cirugía más frecuentemente fue biliar, contrario a la literatura, donde se menciona que el tratamiento, generalmente es conservador. En pacientes que necesitaron cirugía en el tercer trimestre, presentaron mayor morbilidad relacionada al embarazo (trabajo de parto prematuro, sepsis neonatal); contrario a las que se operaron el segundo trimestre (un aborto).

TL-214

COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO (COESAMED) EN GUANAJUATO: 1998-2003

Gallo-Chico B, Moragrega-Adame JL, Aguilera-Beteta E, Ramírez-Barba EJ. COESAMED Guanajuato. Cuerpo Académico de Cirugía.

Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. Secretaría de Salud

Antecedentes: La Comisión Estatal de Arbitraje Médico en Guanajuato está facultada para intervenir parcialmente como instancia conciliadora para la atención de quejas derivadas de la prestación de servicios médicos por las siguientes causas: probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio médico y probables casos de negligencia o impericia con consecuencia sobre la salud del usuario. Además tiene la facultad de emitir las opiniones médicas, que le sean solicitadas por las autoridades de procuración e impartición de justicia. **Objetivo:** Presentar los resultados de la COESAMED a seis años de gestión en Guanajuato. **Material y métodos:** Se realizó una revisión y análisis de los asuntos atendidos de 1998 al 2003. **Resultados:** La COESAMED Guanajuato con sede en Irapuato, tiene un consejo presidido por el Gobernador, teniendo vocalías las Presidencias de la Federación de Colegios y de la Barra de Abogados; El Comisionado, El Secretario de Salud, El Secretario de la Gestión Pública, Representante de la Universidad Pública y Consejeros Ciudadanos. Ha establecido convenios con los diferentes órganos de gobierno a fin de cumplir con su misión. El cuadro siguiente muestra el comparativo anual de los asuntos atendidos por año:

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Quejas	17	86	113	134	81	79	510
Asesorías	15	138	195	285	388	428	1449
Gestión							
inmediata	0	0	0	0	60	102	162
Dictámenes	1	4	3	5	26	17	56
Información	0	0	0	0	0	98	98
Total	33	228	311	424	555	724	2,275

Correspondió a la medicina privada el 41% de los asuntos, IMSS 38%, ISSSTE 11%, SSG 9% y PEMEX 2%. Del las quejas 2003 en cirugía general fueron privadas el 60%, se conciliaron 5 (2 con reembolso del cirujano), 4 se archivaron (3 por desinterés del cirujano y 1 del usuario), 1 se encuentra en arbitraje y otra más en la CONAMED para su conciliación. **Conclusiones:** La creación y funcionamiento de la COESAMED para una población de 5,027,179 habitantes ha sido exitosa, estableciéndose una relación ganar-ganar entre prestadores y usuarios del servicio. La calidad de la atención en sus dos dimensiones (técnica e interpersonal) tenderá a ser mejor. Los acuerdos interinstitucionales y la participación activa de los colegios de profesionales han sido –y será– un factor determinante en los mecanismos de justicia alternativa.

TL-230

TUMOR CARCINOIDE: LOCALIZACIONES POCO FRECUENTES
Hermosillo SJ, Merino VD, Gutiérrez RJ, Gómez HE, Vásquez JC. Departamento de Cirugía General. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Guadalajara, Jalisco, México

Antecedentes: Los carcinoides son neoplasias compuestas de células con capacidad para secretar múltiples agentes humorales, sus localizaciones más frecuentes son, apéndice (46%), íleon (28%) y recto (17%). **Objetivo:** Presentar 4 casos de tumor carcinoide en localizaciones inusuales. Se trataron 4 pacientes, 2 hombres y dos mujeres con una media de edad de 52.6 años, los sitios de implantación fueron: yeyuno, páncreas, estómago y ampulla de Vater. Los dos primeros casos se presentaron con oclusión intestinal, sometiéndose a laparotomía exploradora de urgencia, con resultado histopatológico de tumor carcinoide, se realiza resección intestinal con yeyunostomía en primer caso. En el segundo caso se realiza enucleación de tumoración pancreática. Presentó recidiva tumoral a los 22 meses después, manejándose actualmente con QT paliativa. Tercer caso, la tumoración se localizaba en antro gástrico, efectuándose gastrectomía total con eso-

fagoyeyunoanastomosis. El cuarto caso se manejó con duodeno-pancreatoclectomía. No hubo mortalidad. **Discusión:** Si bien no son comunes estas neoplasias, debe señalarse la posibilidad de localizaciones poco habituales, así como la necesidad de tratamiento quirúrgico radical, ya que se observó recidiva tumoral en el paciente en que sólo se efectuó enucleación del tumor y presentó recidiva tumoral y metástasis.

TL-009

LOCALIZACIÓN RADIOGUIADA DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES: ESTUDIO PILOTO
Medina-Franco H, Soto-Germes S, Ortiz LJ, Cortés-González R, Romero C, Sepúlveda J. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Antecedentes: Con el advenimiento de la mastografía como método de escrutinio de rutina, se ha incrementado la detección de lesiones mamarias no palpables. La localización radioguiada de las mismas (ROLL por sus siglas en inglés) potencialmente puede eliminar algunos inconvenientes de la biopsia guiada por arpón. **Objetivo:** Validar la técnica en nuestra Institución de la localización radioguiada de lesiones no palpables. **Material y métodos:** Pacientes consecutivas atendidas en la Clínica de Mama de un centro de referencia de tercer nivel de la Ciudad de México con lesiones mamarias no palpables visibles por ultrasonido o mastografía y tributarias a biopsia quirúrgica, fueron incluidas en un protocolo prospectivo aprobado por el Comité de Ética Institucional. Previo consentimiento informado la paciente fue llevada a mastografía o ultrasonido y marcada con 0.1 mCi de macoagregados de albúmina (150-250µ) marcados con 99Tc en el sitio de la lesión. En quirófano, bajo anestesia local con o sin sedación se realizó la excisión de la lesión con la guía de un detector gamma (Neoprobe®, Jonson & Johnson). Se corroboró en todos los casos la excisión de la lesión mediante radiografía o ultrasonido de la pieza quirúrgica. Los hallazgos clinicopatológicos, variables quirúrgicas y complicaciones fueron cuidadosamente registradas. **Resultados:** Del 1 de febrero al 30 de junio del 2004 se han incluido 10 pacientes con una edad promedio de 59.7 años (rango 47-65), una de ellas con antecedente familiar de cáncer de mama. Cuatro pacientes (40%) tenían antecedente de biopsia mamaria previa y en un caso antecedente personal de cáncer de mama contralateral. Hubo 5 casos de microcalcificaciones agrupadas, 4 de masas sólidas y un quiste complejo que en 90% se clasificaron como BI-RADS 4. Un caso de BI-RADS 3 se llevó a biopsia por el antecedente personal de cáncer. Las lesiones se localizaron en mama derecha en 70% de los casos y en 50% en el cuadrante supero-externo. La lesión fue marcada en igual número por mastografía y por ultrasonido. El tiempo quirúrgico promedio fue de 45 min y se registró una sola complicación (infección superficial de la herida quirúrgica). Todas las pacientes fueron dadas de alta dentro de la hora siguiente al acto quirúrgico y en todos los casos se corroboró la excisión completa de la lesión sospechosa mediante radiografía o ultrasonido de la pieza quirúrgica. Hubo dos casos de cáncer (20%), uno de ellos carcinoma ductal *in situ* de 6.7 mm y un carcinoma mucinoso de 8 mm, ambos fueron tratados mediante ampliación de bordes quirúrgicos en un segundo tiempo. **Discusión y conclusiones:** La biopsia radioguiada de lesiones mamarias no palpables parece ser un método seguro y eficaz y potencialmente puede evitar complicaciones y molestias asociadas con la biopsia guiada por alambre.

TL-190

DOLOR MAMARIO. EVALUACIÓN CRÍTICA
Tamayo G, Zepeda H, Llamas A, Zamora DI. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Sistema Universitario de Salud. En ciudad Juárez Chihuahua México y Patología Hospital Del Sol en el Paso Tx USA

Objetivo: Establecer la trascendencia del dolor mamario tanto de tipo diagnóstico como pronóstico ante los hallazgos de lesiones por

patología, así como en seguimiento por 10 años por estadísticas de mortalidad por jurisdicción sanitaria. **Diseño del estudio:** Metanálisis de estudio transversal. **Antecedentes:** El dolor mamario tiene implicaciones ambiguas en el diagnóstico y pronóstico de patología mamaria, mientras que se considera que el cáncer de mama no duele, muchas pacientes con dolor son sometidas a diferentes procedimientos quirúrgicos diagnósticos ante la posibilidad de que presenten cáncer. **Material y métodos:** Tamaño 695 pacientes (RR 29 IC 95% 17–51) estudiadas en la Clínica Universitaria del Sistema Universitario de Salud, todas sometidas a llenado de formato, exploración física y ultrasonido; cuando ameritó se realizó mamografía y estudio de cito e histología. El análisis establece la prevalencia del dolor, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) coeficiente de probabilidad como indicador de lesión orgánica, basándose en el resultado de patología. El metaanálisis en comparar los eventos mortales de 10 años según la Jurisdicción Sanitaria por cáncer de mama en la ciudad y estimar si la presencia de dolor fue pronóstico de cáncer mamario. **Resultados:** Dolor mamario referido por la paciente: prevalencia 79%; sensibilidad 26%, especificidad 58% VPP 69%, VPN 17%, coeficiente de probabilidad positivo (LR+) 0.61, coeficiente de probabilidad negativa (LR-) 1.27. Lesión con certificación de citología y/o histopatología: prevalencia 29%. Ninguna de las pacientes sin diagnóstico de cáncer y dolor presentó mortalidad por cáncer mamario en el seguimiento de 10 años por certificado de defunción. **Conclusiones:** El presente estudio estima que el dolor es un evento muy común con limitada trascendencia en la presencia o ausencia de patología a nivel del tejido mamario en tiempo presente y a futuro.

TL-076

TERMOTERAPIA CON ALTA FRECUENCIA EN CÁNCER DE MAMA INVASOR

Soto GS, Medina FH, Ramírez ACA, Robles VC. Departamentos de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" e Instituto Nacional de Cancerología. México D.F

Antecedentes: La tendencia de la cirugía oncológica es realizar procedimientos de mínima invasión con supervivencia similar y mejor calidad de vida. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la termoterapia con alta frecuencia en cáncer de mama invasor y registrar los efectos secundarios. **Material y métodos:** Pacientes del sexo femenino, ≥ 18 años con diagnóstico histopatológico de carcinoma mamario invasor, tumores únicos < 4 cm y axila negativa. Bajo anestesia general, guiado por ultrasonido, se llevó a cabo ablación del tumor con termoterapia de alta frecuencia, seguido del tratamiento estándar para cáncer invasor. **Resultados:** Se reclutaron 16 pacientes con promedio de edad de 56 años. El promedio del eje mayor de la lesión fue de 2.61 cm. Ocho pacientes fueron etapificadas como T1N0M0 (50%). En 15 pacientes (93.75%) se identificó carcinoma ductal infiltrante. Se realizó mastectomía radical modificada en 9 pacientes (56.25%) y lumpectomía en 7 (43.75%). En todas se practicó un promedio de 3 ciclos de radiofrecuencia de 30 watts y de 3 minutos cada uno y se comprobó la desaparición de la lesión por ultrasonido con cambio de imagen hipoeoica a hiperecoica. En el estudio histopatológico con H&E se demostró presencia de necrosis incompleta en el 90% de los especímenes. Una vez obtenido el tumor se seccionaron sus bordes y se congeló a -70°C para su posterior análisis con tinción de viabilidad celular NADH-TR. Los efectos adversos asociados fueron febrícula de 37.8 y 37.9°C durante la cirugía y posterior a la radiofrecuencia, formación de un seroma y una quemadura en piel. **Discusión:** Se requieren los resultados finales del estudio de viabilidad celular NADH-TR para determinar el porcentaje exacto de ablación. **Conclusiones:** Esta tecnología parece ser segura y de mínima invasión para el tratamiento de carcinomas mamaros en etapa clínica temprana.

TL-073

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA CRIPTORQUIDEA. EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS 11 CASOS EN EL HOSPITAL "DR. MANUEL GEÁ GONZÁLEZ"

Montaño TE, Sánchez GH, Valdez MD, Guzmán S, Galván MM, Landa GR. División de Cirugía General y Cirugía Pediátrica, Hospital General Manuel Gea González, Secretaría de Salud, Distrito Federal

La criptorquidea es una patología quirúrgica común en la edad pediátrica. El manejo de esta patología ha sido por cirugía abierta en forma tradicional. Sin embargo, en los últimos años han aumentado las series que reportan resultados satisfactorios del manejo por cirugía endoscópica en esta patología. Radmayr y colaboradores publicaron una serie de 84 pacientes a los que se les realizó orquidopexia laparoscópica con seguimiento a 6 años en promedio con resultados excelentes, únicamente con atrofia testicular en 2 pacientes. Nosotros presentamos nuestra experiencia en los primeros 11 pacientes sometidos a este innovador procedimiento. La cirugía programada se completó en el 90% de los casos (10), y sólo en 1 caso no se realizó la cirugía programada, la cual se realizó en un segundo tiempo quirúrgico. En los pacientes en los que se observaron datos francos macroscópicos de atrofia, se realizó orquiectomía laparoscópica. No se ha encontrado atrofia posterior al procedimiento. La orquidopexia y orquiectomía por cirugía endoscópica son procedimientos que han demostrado su seguridad y eficacia en los últimos años. Presentaremos brevemente en video la técnica utilizada en nuestra sede, y los detalles de los resultados satisfactorios de los primeros casos.

TL-191

EVALUACIÓN DE LA PERFUSIÓN TESTICULAR DESPUÉS DE LA LIGADURA DE LOS VASOS ESPERMÁTICOS

Padilla LMA. ITSON Ciudad Obregón, Sonora.

Objetivos: Cuantificar los cambios en la perfusión testicular que se observa después de la ligadura de los vasos espermáticos. **Diseño del estudio:** Experimental. **Sitio del estudio:** ITSON, Cd. Obregón, Sonora. **Material y métodos:** Diez conejos bajo anestesia con Midazolam y anestésico local abdominal, con estímulo cardiovascular atropínico, se ligaron los vasos espermáticos de uno y otro aleatoriamente. Enseguida se inyectó fluoresceína al 10% intraarterial y se tomaron fotografías con luz negra a los 30, 60, y 90 segundos de la inyección. Con las que se realizó una evaluación semicuantitativa, de los polos y núcleo de ambas gónadas. Los testículos fueron extirpados a los 10 minutos y enviados a estudio histopatológico. La significancia estadística de las diferencias se analizó mediante la prueba de t de Student pareada. **Resultados:** En nueve de los diez animales fue clara y patente la diferencia entre la luminosidad desprendida por la gónada con vasos indemnes (promedio 2.87 de 1.01), y la opacidad de la gónada con vasos ligados (promedio 0.37 de 1.03). La fluorescencia observada fue significativamente superior en las primeras ($p < 0.005$). **Conclusión:** La ligadura de los vasos espermáticos produce una muy significativa reducción de la perfusión fluorescente testicular ipsilateral en conejos.

TL-149

UTILIDAD DE LOS EXÁMENES PREOPERATORIOS DE RUTINA EN CIRUGÍA ELECTIVA EN PACIENTES SANOS

Morales-Orozco Ch, Mata-Miranda MP, Covarrubias RJV, Cárdenas-Lailson LE. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". México D.F

Introducción: El uso de exámenes preoperatorios (EPO) es una práctica ampliamente difundida en el quehacer del cirujano, sin embargo su uso generalmente no se basa en argumentos científicos o médicos, siendo en el mejor de los casos una política institucional. **Objetivo:** Determinar la utilidad y el costo-efectividad de los EPO de rutina. **Material y métodos:** Se analizaron retrospectivamente la frecuencia de complicaciones, tiempo de estancia hospitalaria y el costo-beneficio de los EPO en pacientes sanos sometidos a cirugía electiva. Se incluyeron 141 pacientes de ambos géneros entre 18 y 40 años, sanos clínicamente, que fueron sometidos

a cirugía electiva por la División de Cirugía General durante el año 2002. **Resultados:** No encontramos un aumento en la frecuencia de complicaciones en los pacientes con anomalías en EPO (6.2% versus 5.1%, OR 0.82, $p = 0.78$), ni en el tiempo de estancia hospitalaria (2.37 versus 2.76, $p = 0.55$). Se repitieron los EPO en 19.1%, siendo la causa más frecuente la caducidad (46%). Las anomalías se observaron con mayor frecuencia en el examen general de orina (21.4%). Se encontraron 5 anomalías clínicamente relevantes (3.5% de los pacientes). Sólo tres de estos requirieron de una intervención terapéutica antes de la cirugía. Por lo tanto, el costo para detectar una anomalía que ameritara una acción médica preoperatoria fue de \$22,732 pesos mexicanos (aproximadamente 2,011 dólares americanos). **Conclusión:** El uso rutinario de EPO en pacientes jóvenes clínicamente sanos es una práctica costosa e ineficiente.

TL-079

CIRUGÍA NOCTURNA, CIRUJANO OLVIDADO

López GS, Hernández BMA, Vázquez AC, González G. Hospitales de PEMEX, IMSS y SSA. Cd. Madero, Tamaulipas.

Introducción: Los cirujanos nocturnos a nivel institucional a menudo son considerados como los "cirujanos de Urgencia", de cirugía fuera de "programa" o de "cirugía electiva" para cumplir algunos programas administrativos, se acentúan la limitación de recursos y para algunos cirujanos es su "segundo o tercer trabajo". Son pocas su participaciones en cursos y congresos. **Objetivo:** Analizar el tipo de cirugía nocturna en tres instituciones del sector salud, divididas en urgencias y electiva, edad de los cirujanos y cuantos de estos trabajan en diversas instituciones. Reflexionar sobre dichas actividades.

Material y métodos: Se revisa la estadística quirúrgica nocturna del Hospital Regional de PEMEX; y Hospital Civil de la SSA; Hospital General de Zona de IMSS del 1 de enero del 2003 al 31 de diciembre del 2003. Se divide el tipo de cirugía efectuada en: urgentes, programadas y fuera del mismo. **Resultados:** En el Hospital de PEMEX se efectuaron 127 cirugías nocturnas: 51 catéter de Tenckoff, 31 apendicectomías, 16 amputaciones, 8 colecistectomías convencionales, siendo la apendicitis la cirugía de urgencias más frecuentemente realizada, los Tenckoff se consideraron fuera de programa, en esta institución no se maneja cirugía electiva nocturna por política de la Unidad el Hospital Civil registró 167 cirugías nocturnas, todas operadas en forma urgente, entre las principales fueron 79 apendicectomías, 12 colecistectomías, 11 hernias de pared y 8 laparotomías por heridas penetrantes de abdomen, no se maneja la cirugía electiva nocturna. En el Hospital General de Zona del IMSS, se realizaron 150 cirugías electivas, siendo el mayor número el de resección de lesiones benignas de tejidos blandos, plastía de pared, colecistectomías; fuera de programa catéteres de Tenckoff, amputaciones, las urgencias en número de 100, siendo la apendicitis la más frecuente, seguida de laparotomías exploratorias y cirugía de pie diabético. La edad promedio de los cirujanos es de 45 años, el 90 por ciento de los cirujanos trabajan en dos instituciones y el 80 por ciento complementan con práctica privadas sólo el 50 por ciento participan en cursos y congresos. **Conclusiones:** Los cirujanos nocturnos a veces son subvalorados por los diurnos, ha menudo catalogados de "operadores," poco identificados con los paciente de cirugía electiva, en otras épocas era el turno asignado a cirujanos jóvenes sin embargo por motivos de todos conocidos es el refugio como segunda actividad profesional con todo lo que esto implica, laboral, académico, familiar.

TL-065

CIRUGÍA AMBULATORIA DE VÁRICES DE MIEMBROS INFERIORES BAJO ANESTESIA LOCAL TUMESCENTE

Zazueta QE. Clínica Díaz Infante. San Luis Potosí, S.L.P.

Antecedentes: Las várices de miembros inferiores son frecuentes, más en el sexo femenino. Son causa de síntomas molestos, complicaciones e incapacidad. En los hospitales de segundo nivel, en nues-

tro país, este problema es atendido, en la mayoría de los casos, por el cirujano general. Tradicionalmente, se realiza la operación en el medio hospitalario, ocupando camas necesarias para otros pacientes; además, la cirugía venosa bajo bloqueo o anestesia general tiene riesgos. La tendencia internacional es hacia procedimientos ambulatorios que, a la vez, den un buen resultado estético y sean seguros para los pacientes; a estas técnicas se les denomina minicirugías ambulatorias. **Objetivo:** Demostrar la factibilidad de llevar a cabo cirugía ambulatoria de la insuficiencia venosa superficial de miembros inferiores bajo anestesia local tumescente, con seguridad. **Material y método:** Se elaboró un protocolo que incluiría: sólo operar a pacientes con reflujo venoso identificado y mapeado con Doppler y ultrasonido; los procedimientos se realizarían exclusivamente bajo anestesia local tumescente, sin coadyuvantes, y se aplicaría, al final del procedimiento, vendaje de cuatro capas que permitiría la movilidad inmediata del paciente. Estudio prospectivo, longitudinal. **Resultados:** Desde diciembre del 2000 hasta julio del 2004, se realizaron 563 procedimientos quirúrgicos ambulatorios; la estancia promedio de los pacientes en la unidad de cirugía ambulatoria, fue de 2.5 horas; todos egresaron por su propio pie y permanecieron activos durante los primeros días del postoperatorio. No hubo mortalidad ni complicaciones mayores; sólo se detectaron complicaciones menores: cuatro sangrados inmediatos, menores, resueltos con reaplicación del vendaje, cinco infecciones de heridas, solucionadas con antibiótico oral, dos linfocitos pequeños, dos hematomas moderados. **Conclusiones:** Es factible y seguro practicar cirugía ambulatoria de várices de miembros inferiores bajo anestesia local tumescente.

TL-077

FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES DE CATÉTERES INTRAVENOSOS A PERMANENCIA

Ortiz LJ, Medina-Franco H, Anaya-Santacruz E, Soto-Germes S, Almanza-González C, Méndez Cerezo A. Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: Los catéteres venosos centrales (CVC) a permanencia juegan un papel importante en medicina general y oncología, sin embargo, se asocian a complicaciones bien descritas a corto y largo plazo. Los factores asociados a dichas complicaciones no se encuentran claramente establecidos. **Material y métodos:** Pacientes con CVC a permanencia en una institución de tercer nivel de la Ciudad de México de 1997 al 2002 y en quienes se contara con toda la información requerida, fueron retrospectivamente analizados. Se registraron variables demográficas, clínicas, de técnica quirúrgica, así como complicaciones a corto y largo plazo. Se definió como complicación temprana a la ocurrida dentro de los primeros 30 días postoperatorios. Las variables potencialmente asociadas a las mismas fueron analizadas con la prueba de t de Student para variables continuas y Chi cuadrada para variables categóricas. Se definió como significativa a una $p < 0.05$. **Resultados:** Se analizaron 208 pacientes con una edad media de 50.7 años (rango 15-94). La mayoría de los pacientes fueron del sexo femenino (62.5%) y la indicación más común fue la necesidad de quimioterapia sistémica por enfermedad maligna (74%). De los catéteres colocados por enfermedad benigna, en la mayoría (68%), la indicación fue la necesidad de antibióticos sistémicos. En 80% de los casos el catéter se colocó por venodisección, siendo la más utilizada la vena yugular externa (62%). El CVC más utilizado fue el Porto-Cath (55%), seguido del Hickman (42%). Se registraron sólo dos complicaciones transoperatorias (1%). Con una media de seguimiento de un año, las complicaciones registradas fueron disfunción del catéter en 9.6% y fractura del catéter en 2.9%. Se presentó infección temprana en 5.8% y tardía 7.7%. En el análisis de variables asociadas a cualquier tipo de complicación, fueron significativas: CVC diferente al Porto-Cath ($p = 0.0001$), mayor de un lumen ($p = 0.005$), enfermedad benigna ($p = 0.04$) y tendencia a la significancia cuando el catéter no quedó en posición central ($p = 0.07$). La única variable asociada a infección fue el uso de catéter diferente al Porto-Cath ($p = 0.0001$), sin embargo, dicha asociación sólo fue válida para infección tardía. La única variable

asociada a disfunción del catéter fue el CVC con más de un lumen. **Conclusiones:** Las principales complicaciones de CVC a permanencia son infección y disfunción del mismo. Las variables asociadas a dichas complicaciones son uso de catéter diferente a Porto-Cath y multilumen, respectivamente.

TL-004

LA ESCLEROTERAPIA, UNA EXCELENTE ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA.

García PM, Hernández GG, Tapia RJC, Hernández GA, Portillo GA, Hernández R.JL. Fac. Medicina de Matamoros, Tamaulipas y Clínica CAP

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de la escleroterapia en pacientes con insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores, y sus complicaciones. **Sede:** Facultad de Medicina de Matamoros, Tamps, México y Clínica CAP. **Diseño:** Estudio retrospectivo, transversal, sin grupo control. **Introducción:** La escleroterapia, sin duda, ha retomado auge en los últimos años, considerándose un gran avance en la cirugía vascular, y más en el terreno de la flebología. **Material y métodos:** Se revisaron 120 pacientes con rango de edad de 20 a 80 años a los cuales se les efectuó escleroterapia en miembros inferiores, con técnica de Fegan-Tessari (espuma de polidocanol 3 y 5%), de enero del 2001 a septiembre del 2003. Se estudiaron las siguientes variables: sexo, edad, tiempo de evolución, patologías agregadas, complicaciones pre, trans, y postescleroterapia así como las recidivas, tempranas y a 3 años. En nuestra serie, la mayoría de los pacientes presentaron 3 a 4 comunicantes insuficientes, por lo que ameritaron en promedio 2 sesiones. El dolor durante el procedimiento se evaluó mediante escala visual análoga (EVA). En los pacientes que se realizó la escleroterapia se utilizó: Polidocanol al 3 y 5%, torniquete, micropore, mariposa con aguja N.-23 o N.-21, llave de tres vías, anestésico tópico (EMLA) crema, y media elástica antiembólica (TED). **Resultados:** Tuvimos 120 pacientes, con rango de edad de 20 a 80 años, de los cuales 35 fueron hombres y 85 mujeres. Al momento de la escleroterapia, la mayor parte de los pacientes toleraron adecuadamente la sesión, sólo 3 pacientes presentaron mareo transitorio que cedió espontáneamente, un paciente presentó vómito en 1 ocasión; hipotensión y visión borrosa, en 1 paciente cada uno, y en 5 ocasiones (4.1%) se consideró recidiva en los sig. días. ¿¿extravasación del esclerosante???. El dolor durante la flebosclerosis en promedio se refirió EVA 1-2. **Conclusiones:** En este estudio corroboramos que la escleroterapia en pacientes con insuficiencia venosa crónica, particularmente aquéllos con várices tronculares, efectuada con técnica de Fegan-Tessari (polidocanol espuma 3 y 5%) es una buena alternativa terapéutica, bien aceptada por los pacientes, con buena tolerancia, con mínimo dolor, efectos adversos leves, ambulatoria, costos menores a la cirugía tradicional y con % de recidivas bastante aceptable. Recomendamos este procedimiento por gente con suficiente experiencia en cirugía vascular.

TL-239

LAS FÍSTULAS ARTERIOVENOSAS. EXPERIENCIA DE 51 PROCEDIMIENTOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL. HOSPITAL GENERAL REGIONAL "VICENTE GUERRERO" IMSS ACAPULCO

Castillo LL, Vargas MC, Hinojosa PA, Piza BRH

Introducción: La fístula arteriovenosa es una comunicación entre una arteria y una vena, descrita por 1a vez por William Hunter en 1757. Alexis Carrel la usó, condicionando un flujo alto por la vena y actualmente se considera como un acceso vascular para la hemodiálisis en pacientes con tratamiento sustitutivo para la insuficiencia renal crónica terminal. **Objetivo:** Describir la experiencia de un hospital de segundo nivel en la realización de fístulas arteriovenosas a nivel del pliegue del codo. **Material y métodos:** Lugar: Hosp. Gral. Reg. Vicente Guerrero IMSS Acapulco. Tipo de estudio descriptivo observacional: Tiempo del estudio. Junio 2003 a junio 2004. Grupo de estudio. 51 pacientes. Criterios de ingreso. Pacientes nefrópatas en etapa terminal, con cavidad peritoneal no útil. Variables de estudio entre otras. Edad, sexo, tipo de fístula, complicaciones transoperatorios, postoperatorias, fístulas con

éxito (útiles). **Resultados:** Edad de 18 a 55 años promedio de 38 años. Sexo hombre/mujer de 1:1 de los 50 pacientes 45 tuvieron previamente un catéter de Tenkoff. En un 33% (17 pts) la anastomosis de la vena fue a la arteria cubital y el resto a la arteria braquial. 50% fue anastomosis término-lateral y el 50% fue anastomosis laterolateral. De las complicaciones en 10 pts las fístula fueron fallidas y de estas fueron 7 con anastomosis T-L. **Análisis:** Consideramos que no hay criterios de exclusión para intento de fístula A-V. Se tuvo un 20% de fracasos, la mayoría por vasos de mala calidad. La anastomosis laterolateral tiene menos complicaciones de fracaso.

TL-173

INCIDENCIA DE LA TROMBOEMBOLIA PULMONAR FATAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE URGENCIA EN CIRUGÍA GENERAL Y SU IMPACTO EN EL RIESGO DE PRESENTACIÓN DE ESTA ENTIDAD

Zarraga R.JL, Montalvo JE, Cárdenas GO. Hospital General de México. México, D.F.

Antecedentes: La enfermedad tromboembólica venosa es una entidad que siempre ha sido subvalorada a pesar de las consecuencias fatales que de ella pueden derivar. La necropsia puede arrojar datos en relación a la frecuencia de esta patología, en el entendimiento del que no se realiza a todos los pacientes que fallecen en un centro hospitalario. En relación a lo anterior los reportes de necropsia señalan émbolos macroscópicos en 1.5 a 30% de los estudios de rutina y de 51 a 69% en la observación microscópica. El diagnóstico de embolia pulmonar no se efectúa en 60 a 80% de los casos y esta entidad es responsable del 3 al 10% del total de muertes y contribuye a esta última en el 10%. En el ámbito de la Cirugía General existe la escala de riesgo de Salzman y Hirsh que actualmente rige la conducta en cuanto a profilaxis y manejo de esta entidad. **Justificación.** Establecer la influencia de la intervención quirúrgica de Urgencia en el riesgo de presentación de la tromboembolia pulmonar fatal, así como la incidencia de esta patología en nuestro medio. **Hipótesis.** La intervención quirúrgica de urgencia puede incrementar el riesgo de presentación de la tromboembolia pulmonar fatal. **Material y método:** Revisión de las necropsias llevadas a cabo en el Hospital General de México en el periodo comprendido de 1988 al 2002, considerando factores de riesgo de presentación de esta entidad, así como las descripciones macro y microscópicas de los pacientes intervenidos por el Servicio de Cirugía General. **Análisis estadístico.** Establecer la fuerza de asociación causal de la intervención de urgencia y tromboembolia pulmonar fatal mediante diferencia de riesgos y porcentaje de riesgo atribuible. **Resultados:** Se observó una presentación del 9 al 19% de esta complicación en los pacientes intervenidos de urgencia, determinando a su vez un porcentaje de riesgo atribuible y diferencia de riesgos estadísticamente significativos para la presentación de esta entidad. **Discusión:** La literatura reporta una incidencia general del 1 al 2% de la tromboembolia pulmonar fatal, y cuando se considera a la intervención quirúrgica de urgencia esta cifra se eleva de manera considerable, derivando en un incremento en el riesgo de presentación de esta patología cuando el paciente es sometido al procedimiento en estas circunstancias. **Conclusiones:** En nuestro medio la incidencia general de la tromboembolia pulmonar fatal se encuentra en el 9%, lo cual puede incrementarse cuando el paciente es intervenido de urgencia, lo cual obliga a establecer la profilaxis adecuada en el manejo de esta complicación.

TL-057

TELEMEDICINA, UNA REALIDAD EN LA COSTA CHICA DE GUERRERO

Hernández MJC, Bernal SG, De la Torre RJ, Robles BC, Herrera BEI. Programa de Telemedicina Universidad Anáhuac, Huixquilucan, Estado de México

Antecedentes: La telemedicina rural surge en los 50, con el programa Starphac en la Reservación Papago, Arizona y la Universidad Anáhuac lo inicia en 2002. **Objetivos:** Desarrollar un proyecto para

instalar a nivel Nacional Inter-consultas de especialidad de manera virtual a población altamente marginada, creando campos clínicos de alta tecnología, fomentar el compromiso social, optimizar unidades médicas, apoyo a la plataforma e-salud y Programa Nacional de atención a micro regiones, capacitación médica continua y supervisión a médicos pasantes en servicio social. **Material y métodos:** Operar telemedicina con periféricos diagnósticos a través de telecomunicaciones hacia comunidades médicas virtuales, con un portal y transmisiones en tiempo real o diferido por video streaming. Así como supervisión local y virtual. Además de software para expediente electrónico, agenda de organización y decisión de rutas para camionetas. El programa inicia en Guerrero con la instalación de una base en Acapulco y dos unidades móviles con antena satelital y equipo para inter consulta en tiempo real. A bordo de la UM va un MPSS que realiza con los MPSS de los centros de salud, el primer filtrado (expediente clínico general) y el segundo filtrado (EC electrónico). Se cita a los pacientes y en tiempo real con los dos médicos y en ocasiones un interprete, se otorga la inter consulta por especialista desde la escuela de medicina, donde interroga y explora con ayuda de los periféricos y analiza estudios radiológicos que son digitalizados cubriendo estándares internacionales para diagnóstico. EL programa se complementa con videoconferencias a población abierta, cursos a médicos generales, educación médica continua, actividades de promoción a la salud y plan de atención en desastres. **Resultados:** El programa inició en mayo del 2002 y para finales de junio del 2004 se han otorgado las siguientes consultas:

C. general	C. especialidad	Gineco-obstetricia	Pediatría	Cirugía	Medicina	Nutrición	Gastroenterología
6,450	1,477	496	314	101	406	71	89

El uso de los periféricos diagnósticos es de USG 821, ECG 219, estuche diagnóstico 262 y tele estetoscopio 169. Los diagnósticos más frecuentes en cirugía son: enfermedad ácido péptica, colecistitis, pie diabético e insuficiencia venosa superficial. En una segunda etapa, en los hospitales comunitarios básicos, se realizarán jornadas de cirugía extramuros. **Conclusiones:** El programa ha permitido llevar alta especialidad a zonas marginadas, con gran productividad, rendimiento, menor tiempo de espera y costo beneficio impactante, además de alta calidad humana. Los MPSS realizan su servicio social con calidez, con asesoría permanente y programa de educación médica continua.

TL-251

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA
Correa BG. Yáñez LA, Godina ARJ, Gutiérrez MM. Salinas VJC. Departamento de Cirugía General. Hospital General de Zona No. 4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León. México

Objetivo: Analizar la experiencia de la cirugía por laparoscopia en un Hospital General de Zona. **Material y métodos:** Se realiza estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal de los expedientes clínicos de los pacientes que experimentaron cirugía laparoscópica en un periodo del 22 de mayo de 1997 al 31 de junio del 2004 (7 años). El estudio se realiza con medidas de tendencia central. **Resultados:** Durante el tiempo de estudio se realizaron 2,200 cirugías laparoscópicas, de las cuales 1,948 fueron colecistectomías, 185 apendicectomías, 45 cirugías antirreflujo y 20 laparoscopias diagnósticas (úlceras pépticas perforadas, abscesos intraabdominales y hemoperitoneo). Mil novecientos cuarenta y ocho cirugías fueron electivas (75%) vs 487 (25%) de urgencia, se presentó un índice de conversiones del 5% (110 pacientes, 5 procedimientos antirreflujo, 10 apendicectomías, 8 laparoscopias y 87 colecistectomías). El tiempo quirúrgico promedio fue de 66 minutos (15-240 minutos) se realizaron 3,890 colangiografías transcísticas y en 2,088 pacientes (94.9%) se manejaron de manera ambulatoria. No se presentó mortalidad directamente por el procedimiento laparoscópico. **Conclusiones:** Los resultados ob-

tenidos en nuestro trabajo indican que la cirugía laparoscópica se ha convertido en una técnica quirúrgica invasiva mínima en un Hospital General de Zona, la cual se realiza de una forma segura, rápida y con poca morbilidad, similar a los reportes internacionales.

TL-107

REPORTE PRELIMINAR. UTILIDAD DE LA ANGIOTOMOGRAFÍA RENAL EN EL PROTOCOLO DEL DONADOR RENAL

Ramírez-Bollas J, Hernández-Domínguez M, Arenas-Osuna J, Romero-Huesca A, Albores-Zúñiga O. Servicio de Trasplantes del Hospital General del CMN "La Raza", IMSS. México, D.F

Objetivo: Determinar la correlación clínica de los reportes de angiografía renal y los hallazgos quirúrgicos del paciente donador renal. **Material y métodos:** Pacientes sometidos a nefrectomía en el programa de trasplante renal de donador vivo relacionado entre enero a diciembre del 2002 a los cuales se realiza como parte del protocolo de estudio angiografía renal. El análisis estadístico se realizó mediante estadística descriptiva. **Resultados:** Se evaluaron las características anatómicas de 35 riñones del mismo número de donadores vivos sometidos a angiografía renal y se realizó comparación con el reporte de la técnica quirúrgica. La incidencia de arterias renales accesorias fue de 23%. Se reportaron por angiografía renal 39 arterias renales (91%), comparados con 43 arterias encontradas durante el acto quirúrgico. La angiografía renal identificó 4 arterias renales supernumerarias (50%), de 8 identificadas durante la técnica quirúrgica. Se identificaron por angiografía renal 36 arterias hiliares (90%) y 3 arterias polares (100%). Sólo se reportó un caso de bifurcación temprana de la arteria renal (20%) por angiografía renal. Las características anatómicas de las venas fueron descritas en su totalidad. **Conclusión:** La angiografía renal es un instrumento útil para identificar alteraciones en la estructura anatómica de los vasos renales. Con resultados similares a otros estudios para la descripción de las arterias y venas renales. Proponemos la angiografía renal como estudio inicial para la evaluación de la arquitectura renal del donador vivo relacionado.

TL-108

NEFRECTOMÍA DE MÍNIMA EXPERIENCIA, EN LA UNIDAD DE TRASPLANTES

Porras RMA, Jiménez DA, Morales SE. Del Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza"

Objetivo: Conocer la experiencia en la nefrectomía de mínima invasión, en donadores vivos, en la unidad de trasplantes del Hospital General Centro Médico Nacional "La Raza". **Material y métodos:** Estudio transversal. Se revisaron todos los expedientes de pacientes donadores vivos operados con técnica de mínima invasión de mayo del 2002 a junio del 2003. **Resultados:** Se estudiaron 56 pacientes 37 mujeres (66%) y 19 hombres (34%) a los cuales se les realizó nefrectomía de invasión mínima con incisiones que variaron de 6 a 8 cm con una media de 6.17 cm, con un tiempo quirúrgico que varió de 1.45 a 5.00 h con una media de 3.34 h, realizando resección de la duodécima costilla en 41 pacientes (73%), el sangrado mínimo fue de 100 cc y máximo de 900 cc con una media de 376 cc por cirugía, el tiempo de isquemia caliente varió de 0.50 a 4.30 min, con una media de 1.76 min. La tolerancia del inicio de la vía oral al primer día del postoperatorio fue en 45 casos (80%), dos días después en 9 casos (16%), y tres días después de la cirugía en dos casos (40%), con una media de 1.25 días después de la cirugía. En 44 casos (78%) se egresaron dos días después de su ingreso, 10 casos (18%) fueron egresados tres días después de su ingreso, y dos casos (4%) 5 días después con una media de estancia hospitalaria de 2.26 días. **Conclusiones:** 1. La nefrectomía de invasión mínima es un procedimiento del cual se ha descrito poco en la literatura mundial, realizándose desde mayo del 2002 en el hospital de especialidades con resultados satisfactorios. 2. El abordaje con una incisión menor a 9 cm de longitud disminuye sustancialmente la sintomatología postoperatoria, y por ende el inicio de la dieta es inmediato y el tiempo de estancia es mucho menor al reportado con nefrectomía convencio-

nal. 3. El tiempo quirúrgico, el sangrado transoperatorio y el tiempo de isquemia caliente, no varía en gran proporción con respecto a técnicas convencionales de nefrectomía en donadores vivos. 4. La nefrectomía con incisión de mínima invasión es un procedimiento que actualmente se realiza en forma rutinaria en la Unidad de Trasplantes del Hospital General del Centro Médico Nacional "La Raza". Con resultados muy satisfactorios.

TL-234

MANEJO POR LAPAROSCOPIA DE CARCINOMA DE UROTELIO DE CAVIDADES RENALES

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

Antecedentes: El carcinoma de células transicionales es la tercera neoplasia maligna más frecuente del tracto urinario, siendo la cirugía una forma de manejo en etapas iniciales. En la actualidad, el manejo quirúrgico se ha modificado con las técnicas de invasión mínima, siendo la última innovación la cirugía laparoscópica mano-asistida. **Objetivo:** Mostrar una modificación a la técnica original a fin de otorgar los beneficios de la cirugía de invasión mínima así como la disminución de costos. **Material y método:** Presentamos el manejo de pacientes con carcinoma de células transicionales de pelvis renal izquierda, mediante nefroureterectomía con rodete vesical laparoscópica transperitoneal mano asistida, iniciando con una incisión de 6 cm de longitud en la línea media infraumbilical, a través de la cual se introduce la mano no dominante del cirujano, sin colocación de trócar especial (Neumosleve), sólo realizando una sutura en bolsa de tabaco con ácido poliglicólico 0 alrededor de la mano intraabdominal, permitiendo la creación de neumoperitoneo sin fuga de CO₂, posteriormente se introduce un trócar de 5 mm a nivel de la fosa iliaca correspondiente para la introducción del instrumento de trabajo. Se coloca un segundo trócar en posición supraumbilical de 10 mm para la introducción de la endocámara, realizando la disección manual del riñón afectado. La segunda modificación consiste en la doble ligadura manual del pedículo renal mediante nudos intracorpóreos, cuidando de no incluir el uréter en la misma, se lleva a cabo la sección del pedículo renal con endotijera y posterior tracción del riñón así como la disección del uréter en sentido distal hasta alcanzar la vejiga. Se realiza el corte del rodete vesical a través de la incisión inicial. El sangrado aproximado fue cuantificado en 250 ml con un tiempo quirúrgico de 120 min. La evolución postquirúrgica fue buena, con alta hospitalaria al 1er día postquirúrgico, con control postoperatorio en la consulta externa. **Conclusiones:** Con estas modificaciones a la técnica original, disminuimos los costos de la cirugía al prescindir de la utilización de insumos especiales como son el puerto Neumosleve —que se describe en las técnicas habituales— así como el material requerido para el grapeo laparoscópico. Por otra parte, se otorga al paciente el beneficio propio de la Cirugía Miniinvasiva, reduciendo los riesgos de sangrado transoperatorio e incrementando el control del órgano afectado mediante la mano asistencia.

TL-235

LAPAROSCOPIA MANO ASISTIDA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE UROTELIO DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR

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

Antecedentes: La cirugía miniinvasiva ha mostrado sus amplios beneficios en el tratamiento quirúrgico en forma general. En el ámbito de la urología se está utilizando una nueva técnica en la cual el cirujano introduce una de sus manos a la cavidad abdominal para realizar la disección ayudada de una endocámara y un puerto accesorio de trabajo. **Objetivo:** Mostrar nuestra experiencia en el tratamiento laparoscópico del cáncer de urotelio del tracto urinario superior. **Material y método:** Estudio retrospectivo de enero a diciembre de 2003 mediante revisión de los expedientes clínicos de los pacientes intervenidos por cáncer de urotelio, incluyendo en

este análisis a 3 pacientes del sexo femenino, con rangos de edad de 44 a 56 años, con cuadro clínico caracterizado por hematuria y cólico renoureteral, con diagnóstico de cáncer de urotelio de cavidades renales en etapas iniciales, mediante protocolización con urografía excretora con hallazgos de defecto de llenado en cavidades renales, corroborado con pielografía ascendente y citologías urinarias selectivas positivas a Ca, TAC de abdomen con presencia de tumor localizado en cavidades renales sin afección extrarrenal. Los pacientes fueron sometidos a cirugía laparoscópica mano-asistida para nefroureterectomía con rodete vesical, mediante incisión de 5 a 7 cm en promedio con tiempos quirúrgicos que variaron de 120 a 190 min y sangrado cuantificado entre 250 y 500 ml. No hubo complicaciones trans ni postoperatorias, no requirieron conversión, buena evolución postquirúrgica y estancia hospitalaria máxima de 3 días. **Conclusiones:** El manejo quirúrgico del cáncer de urotelio de cavidades renales se ha descrito clásicamente con abordajes mediante incisión toracoabdominal o de lumbotomía con extensión abdominal para la resección del rodete vesical, con sangrados mayores a 1,000 ml y tiempos quirúrgicos mayores de 3 horas. Con la adopción de esta técnica reducimos el sangrado transoperatorio, tiempo quirúrgico, longitud de la incisión, respuesta al traumatismo quirúrgico que impacta directamente en mejor evolución postquirúrgica, reducción de estancia hospitalaria así como de incapacidad laboral. Se describen la técnica laparoscópica y sus variables.

TL-085

GANGRENA DE FOURNIER. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORBI-MORTALIDAD

Rivera-Barragán V, Flores-Álvarez E, Díaz-de la Sancha E, Rosales-Hernández E, de la Torre-González JC. Departamento de Cirugía, Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo, SSA, Aguascalientes, Ags.

Antecedentes: El Síndrome de Fournier es una entidad clínica rara que se presenta en pacientes inmunocomprometidos como una infección necrotizante de tejidos blandos de la región perineal rápidamente progresiva y frecuentemente letal. **Objetivo:** Analizar los factores de riesgo asociados a morbi-mortalidad en pacientes con gangrena de Fournier en el "Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo", SSA, Ags. **Material y métodos:** Se estudiaron retrospectivamente a todos los pacientes con diagnóstico de Síndrome de Fournier, del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre 2003. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, enfermedades asociadas, etiología, gérmenes aislados, terapéutica médica y quirúrgica, estancia hospitalaria, complicaciones y mortalidad. **Resultados:** Fueron incluidos 10 pacientes, todos varones, con una mediana de edad de 47.5 años (rango 22-73). Las enfermedades asociadas más importantes fueron, diabetes mellitus en 4, desnutrición 3 y VIH 1. La entidad fue secundaria a enfermedad anorrectal en 3 casos, urinaria 4, cutánea 2 y no identificada 1. El cultivo reportó gérmenes mixtos en 8 pacientes, enterococo en 1 y *S. viridans* en 1. Se realizó cistostomía en 2 pacientes y colostomía en 5. La mediana de días de hospitalización fue de 17 (rango 1-35). Tres pacientes desarrollaron complicaciones. La mortalidad fue de 20%. La única variable que tuvo asociación significativa con el desarrollo de complicaciones fue la desnutrición ($p = 0.007$). Las variables asociadas a la mortalidad fueron el origen ($p = 0.019$), la desnutrición ($p = 0.016$) y el desarrollo de complicaciones ($p = 0.007$). **Conclusión:** La presencia de desnutrición fue la variable más importante asociada a morbilidad y mortalidad.

TL-116

LESIONES INTRA-ABDOMINALES POR CATÉTER RÍGIDO DE DIÁLISIS PERITONEAL

Rodea RH, Guízar BC, Athié CG. Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General de México OD. Ciudad de México D.F.

Antecedente: Las lesiones provocadas por la colocación de catéter de diálisis peritoneal es una complicación severa y ponen en peligro la vida del paciente. **Objetivo:** Análisis de las lesiones intra-abdominales

provocadas por la colocación de catéter rígido de diálisis peritoneal. **Material y métodos:** Estudio clínico, prospectivo, observacional y transversal de pacientes sometidos a cirugía por sospecha de lesiones intraperitoneales, operados por el Servicio de Urgencias, durante el 1º de diciembre de 1995 al 31 de noviembre de 1998. **Resultados:** De 3,252 cirugías urgentes realizadas durante este periodo, se operaron 46 (2.16 %) pacientes por sospecha de lesión intra-abdominal. 31 fueron hombres y 15 mujeres, con edad promedio de 25.4 años (rango 15-39). En 41 casos se demostró lesión de algún órgano intraperitoneal, 1 de lesión en pared abdominal y 4 laparotomías blancas. A un solo órgano ocurrieron en el 80.5% de los casos (33). El intestino delgado fue el más frecuentemente dañado (22 casos = 54%), epiplón (17 = 41.5%), mesenterio (5 = 12.2%), vasos mayores (2 = 5%), colon, hígado, vesícula y vejiga (1 respectivamente). La primera cirugía resolvió el 97.5% de los casos y sólo un paciente por sepsis intra-abdominal persistente requirió 4 cirugías. La mortalidad relacionada a las lesiones fue de 2.5%. **Conclusión:** El riesgo de lesiones intra-abdominales por la colocación de catéter rígido para diálisis peritoneal está relacionado a la técnica quirúrgica, número de procedimientos dialíticos y a la curva de aprendizaje. Las lesiones más comunes son ocasionadas al intestino delgado, el epiplón y el mesenterio.

TL-253

ASISTENCIA ENDOSCÓPICA EN CIRUGÍA DE INVASIÓN MÍNIMA AVANZADA

Castro RJM, Hernández CA, Villanueva SR, Mata QC, Santos LM, De la Cruz JL. Centro de Endoscopia Quirúrgica Gastrointestinal, Hospital General de Zona No. 32, Villa Coapa, México, D.F.

Introducción: Desde los inicios de la endoscopia en 1867 con Adolf Kussmaul Padre de la endoscopia, los adelantos científicos se dieron en todos los ámbitos y no fue hasta a principios del siglo XX que la cirugía laparoscópica tuvo sus inicios por personajes como G. Kelling y H.C. Jacobaeus, dichos adelantos continuaron y fue hasta la década de 1960 cuando Kurt Semm dio origen a la laparoscopia moderna. Actualmente la utilización de instrumentos sofisticados, han dado lugar a la difusión de ambas ramas, que en sí se complementan y son de utilidad mutua, para el diagnóstico, manejo y control de diversas patologías. **Objetivo:** Mostrar la utilización de la endoscopia como asistencia en procedimientos de cirugía laparoscópica avanzada. **Diseño del estudio:** Es un estudio prospectivo, transversal y descriptivo. **Material y método:** De enero del 2002 a junio del 2004 se incluyeron a 32 pacientes, sometidos a procedimientos de cirugía laparoscópica avanzada quienes requirieron del uso de endoscopia transoperatoria como ayuda en el procedimiento laparoscópico. Se evaluaron variables socio-demográficas, diagnóstico endoscópico preoperatorio, diagnóstico postoperatorio y tipo de cirugía realizada. **Resultados:**

Dx Preoperatorio	# Pacientes	Edad promedio	Edad Hom- bres	Edad Mu- jeres	Dx endoscópico	Cirugía realizada	Dx postoperatorio
Acalasia	18	52	10	8	Acalasia	Cardiomi- tomía + Topuet	Acalasia
Divertículo de Zenker	10	66	3	7	Divertí- culo de Zenker	Resección del tabique	Divertículo de Zenker
Fístula recto-vesical	1	56	1		Fístula recto- vesical	Sigmoi- dectomía Fistulectomía	Fístula recto- vesical
Tumor glómico	1	22		1	Tumor glómico	Resección en cuña	Tumor glómico
Leiomioma gástrico	1	68	1		Leiomi- oma gás- trico	Resección en cuña	Leiomioma gástrico
Tumor carcinoide de duodeno	1	83		1	Tumor carcinoide de duodeno	Resección en cuña de duodeno	Tumor car- cinoide de duodeno
Total	32						

Conclusiones: El uso de la endoscopia transoperatoria es una herramienta útil, ya que el cirujano observa en tiempo real, tanto el aspecto endoscópico como el laparoscópico, dando mayor margen de seguridad al procedimiento realizado.

TL-021

PERFIL Y PRONÓSTICO DE TUMORES ADRENALES ANDRÓGENO-SECRETANTES PUROS. EXPERIENCIA DE 21 CASOS

Montoya G, Moreno S, Armstrong J, Leteurtre E, Aubert S, Vantyg-hem MC, DeWailly D, Wemeau J, Proye C. Servicio de Cirugía General y de las Glándulas Endocrinas, Hospital Claude Huriez, CHRU Lille, Francia

Objetivo: Determinar el resultado y posibles factores pronósticos de tumores adrenales Andrógeno-Secretantes Puros (TAASP) en la mujer adulta. **Métodos:** Entre 1970 a 2003, se realizaron 801 adrenalectomías en nuestra institución incluyendo 21 TAASP. Los pacientes se dividieron en 2 grupos: Tumores Benignos e Indeterminados [score Weiss <=3](TB=11) y Tumores Malignos [Weiss >=4 o no resecables] (TM = 10). **Resultados:** La edad de presentación fue similar en ambos grupos. No hubo diferencia en cuanto al tipo de secreción, sin embargo el nivel de testosterona fue 2.6 veces mayor en los TM. Los estudios de imagen permitieron el diagnóstico de malignidad en 4/10 TM. El tamaño y peso fueron mayores en los TM que en los TB (13.7 vs 9.2 cm y 1,462 vs 206 g). El seguimiento (media 17a, rango 1-33a) 2/11 pacientes con TB murieron de causas no relacionadas, 9/11 están vivos sin recurrencia; 5/10 pacientes con TM murieron de la enfermedad y 3 están vivos con enfermedad, 7 de estos 8 pacientes fueron estadio III o IV y/o tuvieron un Weiss >= 6. Dos pacientes con TM están vivos libres de enfermedad, ambos con Weiss de 7, estadio II y recibieron Mitotane postoperatoriamente. **Conclusiones:** Los TAASP de benignidad indeterminada comparten el buen pronóstico de los TB. El score de Weiss >=4 es diagnóstico de malignidad. La clasificación de MacFarlane determina el pronóstico y sobrevida libre de enfermedad en estadios III/IV. La terapia postoperatoria con Mitotane puede ser benéfica en estadios II.

TL-099

¿ESTÁ INDICADA LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN COLECISTITIS GANGRENOSA?

Aguilar VS, Padrón A, Olmedo R, Aguilera M, Peña JE, Aburto A, Olmedo E, Salgado H, Aguilar HMA, Aguilar SSA. Hospital Santa Teresa de Irapuato

Introducción: La gangrena de la vesícula biliar tiene un cuadro clínico grave, con fiebre alta y escalofríos, ataque al estado general, dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, plastrón palpable, e ictericia, deshidratación, hipotensión y choque. Con frecuencia se presenta en pacientes ancianos o debilitados, y diabéticos. El hallazgo de laboratorio es leucocitosis y en la ultrasonografía frecuentemente se observa la vesícula gigante con paredes sumamente engrosadas con gas, de contenido espeso sugestivo de material purulento. El tratamiento es quirúrgico, es urgente y los resultados habituales son a la mejoría una vez que se quita el foco séptico cuando el paciente no ha progresado a fallas orgánicas. El tratamiento habitual ha sido hasta la fecha, en la mayoría de publicaciones de series grandes de hospitales, quirúrgico abierto y sólo en forma anecdótica comentan el tratamiento por laparoscopia. **Material y métodos:** Se presenta aquí una serie de 8 casos con pirocolecisto, operados en un hospital privado en un periodo de 3 años. En todos los casos se practicó colecistectomía laparoscópica. Hay un predominio de pacientes en la octava y novena década de la vida. Llama la atención el predominio de la gangrena de la vesícula en el sexo masculino en seis casos. Tres de los pacientes eran diabéticos. Dos tenía cirrosis hepática. Dos con ictericia. Uno cursó con pancreatitis grave con cuatro criterios de Ranson. Tenían una evolución de cuatro a catorce días, algunos había acudido a atención médica pero no fueron diagnosticados inicialmente, hasta que empeoraron

en su cuadro clínico. Todos fueron operados de urgencia, excepto el paciente con pancreatitis que se operó 72 horas después de hospitalizado. En los hallazgos transoperatorios dos tenían adherencias por cirugías previas, todos tenían adherencias inherentes al proceso séptico actual. Uno tenía hidropiocoléctico, todos con gangrena de la pared, todos con abundante pus y con paredes de la vesícula difíciles de disecar. Todos se operaron con técnica de cuatro trócares, se les aspiró el pus por punción, la arteria cística y el conducto cístico fueron ligados con prolene del 0 con nudos extracorpóreos, la disección del lecho vesicular y su hemostasia fue con coagulación monopolar, a todos se les dejó drenaje cerrado a succión, los tubos de drenaje fueron extraídos por los sitios de trócares subxifoideo y de flanco derecho, se dejó abierta la piel del orificio de trabajo subxifoideo por donde se había extraído la vesícula. El tiempo quirúrgico varió de dos a cinco horas. Todos se trataron con antibióticos. **Resultados:** En todos se notó una mejoría objetiva y subjetiva inmediata, iniciaron dieta oral líquida a las 24 a 36 horas, fueron dados de alta al cuarto y quinto día postoperatorio. La ictericia desapareció en pocos días. Ninguno presentó infección de heridas quirúrgica ni celulitis. Los drenajes se dejaron de 3 a 4 semanas y media. Una de las pacientes fue descuidada en su tratamiento y a los 21 días se le salió la sonda de drenaje, acudió a los 33 días del postoperatorio con malestar general, hiporexia, distensión abdominal, y febrícula, un ultrasonido que reveló absceso subhepático residual y no aceptaron tratamiento quirúrgico, evolucionando mal. Todos los demás pacientes fueron dados de alta por curación definitiva con un alto grado de satisfacción. **Discusión:** En la evolución al principio se decía que se debían operar por laparoscopia sólo pacientes jóvenes, delgadas, sin patologías agregadas y con necesidades estéticas. Se contraindicaba en varios casos. Actualmente las contraindicaciones casi han desaparecido. Y la mayoría de los pacientes se pueden operar por laparoscopia con la ventaja de que en caso sumamente necesario se puede convertir a cirugía abierta. **Conclusión:** 1. Se concluye que si se puede practicar con éxito en instituciones que tengan todos los recursos y cirujanos con entrenamiento en cirugía laparoscópica avanzada. 2. Los resultados son los mismos o mejores que con cirugía abierta.

TL-070

INCIDENCIA DE PATOLOGÍAS BENIGNAS Y MALIGNAS DE LA VESÍCULA BILIAR COMO HALLAZGO HISTOPATOLÓGICO POSTERIOR A COLECISTECTOMÍA

De la Parra MML, Salinas VJC, Martínez GH. Departamento de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey Nuevo León, México

Objetivo: Conocer la incidencia de las patologías benignas y malignas más comunes en pacientes operados de colecistectomía en el Hospital Zona No. 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León. **Material y métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal, no comparativo, en el cual incluimos todos los productos extraídos de las colecistectomías por laparoscopia o por laparotomía realizadas en 10 años, desde la fundación del Hospital en 1993 hasta diciembre del 2003. **Resultados:** De un total de 14,754 pacientes a los cuales se les practicó colecistectomía se encontró litiasis vesicular en más del 95% de ellos, siendo este el motivo de la cirugía, de los cuales 12,270 (83%) fueron mujeres y 2,484 (17%) hombres, con una relación 5:1. Los hallazgos histopatológicos más comúnmente encontrados fueron patologías benignas en 4,276 pacientes (28.5%), de los cuales la más común fue la colesterolesis en 4,048 pacientes (27%), seguida por la colecistitis xantogranulomatosa en 154 pacientes (1%) y por la metaplasia pilórica en 74 pacientes (0.5%). Se reportaron 86 pacientes con cáncer de vesícula (0.58%), 66 mujeres (77%) y 20 hombres (23%) con una relación mujer: hombre de 3.1:1, con una edad promedio de 60 años para el sexo femenino y 67 años para el masculino. Se encontró al adenocarcinoma como el más frecuente de estos cánceres con un total de 79 pacientes (0.53%), seguido del adenocarcinoma con 5 pacientes (0.03%), el de células pequeñas con un paciente (0.006%) y el adenomucinoso con un paciente

(0.006%). Con respecto al grado de diferenciación histológica del adenocarcinoma se encontró bien diferenciado en 7 pacientes (9%), moderadamente diferenciado en 52 pacientes (66%) y poco diferenciado en 20 de ellos (25%). **Conclusiones:** En nuestro Hospital la incidencia de cáncer de vesícula biliar es baja en relación a la reportada en la literatura mundial (de hasta 1.5%), por lo que a pesar de no estar muy claro el beneficio de operar a pacientes con colelitiasis asintomáticos, la realización de colecistectomía en dichos pacientes colabora a disminuir la incidencia de cáncer de vesícula biliar en una población determinada.

TL-071

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON 1 TRÓCAR. SIN HUELLA. "TÉCNICA FAUSTO DÁVILA"

Aguilar VS, Díaz M, Martínez DL, Fuentes P, Mercado M, Olmedo EJ, Aguilar SSA. Hospital Santa Teresa de Irapuato

Antecedentes: Esta técnica ganó el primer lugar en el Congreso del American College of Surgeon en el año 2000, fue presentada en el Congreso de la SAGES en 1999. La colecistectomía laparoscópica clásica tuvo gran éxito y reemplazó a la cirugía tradicional convirtiéndose en el estándar de oro en todo el mundo. Se operaba con cuatro trócares, uno a nivel umbilical de 10 mm para la lente, uno subxifoideo de 10 mm de trabajo, y dos de 5 mm hacia flanco derecho para tracción de la vesícula. Al dominarse la técnica se empezó a practicar con tres trócares, luego con dos eliminando los de tracción vesicular y sustituyéndolos por riendas de tracción con hilos atados a la vesícula y gancho manipulador de vesícula, aplicando ligadura de conducto y arteria císticos con técnica de nudos extracorpóreos. Finalmente en la evolución quirúrgica Fausto Dávila demostró que se podría practicar con un solo trócar. **Objetivo del estudio:** 1. Demostrar que la técnica es reproducible y 2. Analizar sus ventajas. **Material y métodos:** En noviembre del 2003 me adiestré en la técnica con el inventor de la misma, e inmediatamente pensé que era reproducible, segura, relativamente fácil y no aumentaba los costos. Se planeó un estudio prospectivo en los casos de la experiencia personal privada, ya que en la actualidad no trabajo en institución pública. Se presentan aquí los tres primeros casos. La técnica es bajo anestesia general, con un solo trócar de 10 a 12 mm que es colocado en el ombligo, por donde se introduce una lente de 5 mm con canal de trabajo de 6 mm que permitirá trabajar con portaagujas, pinza disectora, bajanudos con corte integrado, tijeras, irrigador, aspirador y gancho disector. Por otro lado en forma percutánea, y sin que posteriormente dejen huella, debido al bajo calibre, se introducen suturas con aguja recta para tracción de vesícula además de aguja gancho para tracción de vesícula y aguja hueca pasahilos hacia la zona de hipocondrio der., y epigastrio. Los detalles e ilustraciones de la técnica se mostrarán en la presentación. Las tres pacientes fueron del sexo femenino. La primera paciente se operó el 27 de diciembre del 2003 tiene 42 años, con diabetes mellitus tipo con anemia severa que requirió transfusión de dos paquetes globulares un día antes de la operación, tenía además colecistitis aguda, litiasis vesicular múltiple y dos litos grandes que se fragmentaron para la extracción, la operación transcurrió sin problemas, tiempo quirúrgico 2 horas 20 min, evolución postoperatoria excelente, toleró vía oral a las 12 horas y se dio de alta a las 24 horas. La segunda tiene 50 años, con diabetes mellitus y antes, de tromboflebitis profunda de miembro pélvico derecho el 26 de diciembre 2003 tratada con cumarina, previa reversión del efecto anticoagulante, se operó el 11 de enero del 2004, con colecistitis aguda y 1 lito grande que se tuvo que fragmentar, tiempo quirúrgico 2 horas, disección buena sin accidentes ni complicaciones. Fue dada de alta a las 24 horas. La tercera se operó el 26 enero 2004, de 25 años, litiasis vesicular múltiple, técnica depurada, tiempo quirúrgico de 1 hora 32 min, evolución excelente y alta en 24 horas. A las tres se les dejó drenaje con sonda sumamente delgada K-32, a subfrénico derecho, y se les retiró a las 24 horas. **Resultados:** Hasta ahora todas han evolucionado muy bien y no ha habido complicaciones. **Discusión:** La técnica es reproducible, es tan segura como la tradicional de 4 trócares o la abierta, ya que se utilizan ligaduras firmes como se hacía en esta última. Es más barata porque utiliza un solo trócar. Los agujas e

instrumentos que se pasan en forma percutánea no dejan huella. Se necesita el dominio de la técnica de sutura, y de cirugía laparoscópica avanzada. Se puede operar cualquier caso de colecistitis aguda o crónica sin importar el tamaño de los litos. En manos del autor se puede hacer en colecistitis gangrenada. **Conclusión:** 1. La técnica es reproducible. 2. Es segura, barata y fácil. 3. Da un alto grado de satisfacción al cirujano y al paciente. 3. Es una técnica revolucionaria.

TL-067

QUISTE DE COLÉDOCO, EXPERIENCIA DE 17 AÑOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL, SIGLO XXI, IMSS

Niño SJ, Aguilar SCA, Sánchez FPR, Blanco BR. Hospital de Especialidades, Servicio de Gastrocirugía, Centro Médico Nacional, Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Distrito Federal

Antecedentes: El quiste de colédoco es una entidad rara que tiene una incidencia variable de 1 en 13,000 a 1 en 2'000,000 de pacientes. Presentamos la experiencia del manejo de esta entidad en el Servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del CMN, Siglo XXI, IMSS. **Objetivo:** Conocer la experiencia del quiste colodociano en adultos, variedad, cuadro clínico, tratamiento quirúrgico y las complicaciones. **Material y métodos:** 21 pacientes del Servicio de Gastrocirugía con diagnóstico de quiste de colédoco fueron atendidos de enero de 1987 a agosto del 2004, con edades de 16 a 43 años, 14 del sexo femenino y 7 masculino. El cuadro clínico se caracterizó por dolor en cuadrante superior derecho del abdomen en 17 pacientes, ictericia en 12, vómito en 8, colangitis en 2, masa palpable en 4. El tipo I fue el más frecuente en 16 pacientes. Se realizó resección del quiste y hepaticoyunoanastomosis en 20 pacientes y en uno esfinteroplastia. Las complicaciones fueron dehiscencia de la hepaticoyunoanastomosis en 3, que requirieron reintervención quirúrgica, una lesión duodenal, y un paciente desarrolló adenocarcinoma coledociano tardío. **Conclusiones:** La resección completa y la derivación biliodigestiva en Y de Roux presenta resultados satisfactorios con índice de morbimortalidad bajo.

TL-204

EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES PRONÓSTICOS DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN MÉXICO

Gómez-Gómez E, Mondragón-Sánchez R, Bernal-Maldonado R, Mondragón-Sánchez A, Martínez-González MN. Coordinación Quirúrgica, Centro Médico ISSEMYM. Metepec, México. Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F.

Antecedentes: El carcinoma de vesícula biliar una neoplasia rara, que se caracteriza por tener muy mal pronóstico principalmente por su rápido crecimiento y diseminación, que al momento del diagnóstico, sólo el 10% de los pacientes presentan tumores resecables. **Objetivo:** Revisar los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar que fueron tratados en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y en el Centro Médico ISSEMYM (CMI) en el periodo de enero de 1989 a mayo de 2004, y evaluar los factores epidemiológicos, de diagnóstico y de tratamiento que influyen en el pronóstico de estos pacientes. **Material y métodos:** Se analizaron variables epidemiológicas, presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y supervivencia de los pacientes a quienes se les realizó diagnóstico de cáncer de vesícula biliar tratados en el Departamento de Gastroenterología del INCan y de la Coordinación quirúrgica del CMI. **Resultados:** Se registraron 150 pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula biliar en este periodo en ambas instituciones, de los cuales 145 (90%) fueron mujeres y 15 hombres, con una edad promedio de 56.5 años (rango 19-86 años), los principales síntomas fueron dolor abdominal en 143 pacientes (96.6%), pérdida de peso en 47 (31.3%), masa palpable en 41 (27.3%), ictericia en 37 (24.6%) y náusea y vómito en 16 pacientes (10.6%). A 66 (44%) pacientes se les realizó tomografía computada de abdomen y a 38 (25%) ultrasonido de hígado y vías biliares como estudios diagnósticos. Seis pacientes (4%) se encontraban en etapa clínica Ne-

vin I, 17 (11.3%) en Nevin II, 31 (20.6%) en Nevin III, 13 (8.6%) en Nevin IV, 70 (46.6%) en Nevin V, y en 13 (8.6%) no se registro la etapa clínica. Noventa y tres (62%) habían sido operados previamente fuera de las instituciones del estudio y posterior al diagnóstico de malignidad fueron referidos para manejo definitivo. Sesenta y siete (44.6%) fueron intervenidos dentro de las instituciones. A 12 (8%) pacientes se les realizó cirugías con intento paliativo. Se realizaron 29 (19.3%) colecistectomías ampliadas y a 20 (13.3%) sólo se les realizó biopsia de las lesiones. Treinta y siete (24.6%) pacientes recibieron radioterapia adyuvante, diez (6.6%) quimioterapia sola, nueve (6%) recibieron quimioterapia más radioterapia. La variable histológica más común fue el adenocarcinoma papilar en 109 pacientes (75.6%). La supervivencia en general fue de 13.5 meses (rango 6 días a 29 meses), con una supervivencia mayor para los pacientes a los que se les realizó colecistectomía ampliada con promedio de 27 meses (rango 1-99 meses) y los pacientes con cirugías paliativas presentaron una supervivencia promedio de 4.8 meses (rango 6 días a 23 meses). **Discusión:** El cáncer de vesícula biliar es una neoplasia rara con mal pronóstico debido al diagnóstico tardío. **Conclusiones:** La mayoría de los pacientes se presentan en etapas clínicas avanzadas. La colecistectomía ampliada es la mejor opción de manejo en estos pacientes.

TL-025

LA IDENTIFICACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN TEMPRANA DE LAS LESIONES DE LAS VÍAS BILIARES OCASIONA MENORES DAÑOS HEPÁTICOS Y CLÍNICOS

Hernández NG, Hermosillo SJM, Alatorre P, Hernández HS, Gálvez GFJ, Vidal D, Miranda DAG. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS y Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara

Antecedentes: La colecistectomía laparoscópica incrementa la incidencia de lesión de vías biliares (LVB). **Objetivo:** Describir la evolución clínica y molecular del manejo temprano de las LVB. **Pacientes y métodos:** Se incluyeron 8 pacientes con LVB. Se identificó la LVB durante la colecistectomía laparoscópica, o hasta 5 días después. Siete se sometieron a reconstrucción abierta y tutor de caucho durante 8.5 meses. 1 paciente con injerto de goretex y tutor de silastic 9 fr durante 2 meses. A 4 que se les tomó biopsia hepática, se realizaron tinciones de hematoxilina-eosina, tetracómico de Mason y Rojo Sirio, se analizó la cantidad de fibrosis, la presencia de colágenas y moléculas pro-fibrogénicas. Se midió por PCR en tiempo real la colágena tipo 1 y 3, TGF β y SMAD-7, la técnica quirúrgica evolución clínica. **Resultados:** 3 pacientes con tutor de larga duración, presentaron reestenosis aproximadamente 1 mes después del retiro del tutor, y requirieron otra reconstrucción en Y de Roux. Tuviron 5 veces más tejido fibroso que pacientes normales y aumento en la expresión de RNAm de TGF β , colágena tipo 1 y SMAD-7. La colágena tipo 3 sin cambios. El paciente con injerto de goretex y tutor delgado de silastic, a más de 6 meses de evolución, no ha presentado complicaciones. El índice de fibrosis fue mínimo y la expresión de moléculas pro-fibrogénicas fue cercano a lo normal. **Conclusión:** El tiempo de identificación y reconstrucción de las vías biliares, impacta en la evolución de los pacientes y menor lesión hepática causada por las LVB.

TL-075

FÍSTULAS ENTEROCUTÁNEAS EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

Martínez OJL, Suárez MRM, Luque LE, Blanco BR. Departamento de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F.

Introducción: Las fístulas enterocutáneas es una de las complicaciones más serias a las que se enfrenta el cirujano. La etiología más frecuente es postoperatoria. **Material y métodos:** Revisamos los expedientes de los pacientes mayores de 70 años que presentaron fístulas enterocutáneas y fueron analizados los factores relaciona-

dos con que no haya cierre espontáneo y con la mortalidad. **Resultados:** Fueron en total 19 pacientes con una mediana de edad de 76 años. Todas las fistulas fueron postoperatorias. La localización más frecuente fue colon seguido por yeyuno y duodeno. La mitad de los pacientes estaban desnutridos al momento del diagnóstico. El cierre espontáneo se logró en 8 pacientes (47%) y el quirúrgico en 7 pacientes más (32%). Por lo que la curación total fue en 15 pacientes (79%). Los 4 pacientes restantes fallecieron para una mortalidad del 21%. En el análisis univariado los factores asociados a que no haya cierre espontáneo son fistulas múltiples ($p < 0.02$), fistulas yeyunales ($p < 0.05$), desequilibrio hidroelectrolítico ($p < 0.01$) y alto gasto ($p < 0.03$). Los factores relacionados con la mortalidad fueron alto gasto ($p < 0.04$), desequilibrio hidroelectrolítico ($p < 0.02$), fistulas de yeyuno ($p < 0.04$) y sepsis ($p < 0.01$). **Conclusión:** Los pacientes mayores de 70 años con fistulas enterocutáneas tienen una mortalidad similar a la reportada en la población en general en nuestro medio. La sepsis continúa siendo la principal causa de muerte en estos pacientes.

TL-126

¿POR QUÉ DEBE EXISTIR UNA CLASIFICACIÓN PARA LA APENDICITIS AGUDA?

Corona CJF, Gracida MNI, Palomeque LA, Aragón SLF, Martínez RJJ. Hospital General de México

La apendicitis aguda es la causa de dolor abdominal más importante y la apendicectomía el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en los servicios de urgencias. La evolución del paciente, ya operado, puede seguir un curso muy benigno con una probabilidad de infección del sitio operatorio (ISO) muy baja, o una evolución muy grave que puede llevar incluso a la muerte del paciente. En gran medida la probabilidad de ISO está determinada por los hallazgos transoperatorios de grado de necrosis y de infección del apéndice y de la cavidad peritoneal. Sin embargo, aunque existen múltiples clasificaciones para estos hallazgos quirúrgicos (histopatológicas o clínicas) no hay uniformidad en los reportes de la literatura, ya que hay estudios que utilizan clasificaciones diferentes o incompletas, lo que hace que al momento de equiparar los resultados de un trabajo con otro, estos no sean comparables. Se expone el análisis de una amplia revisión de la literatura y se propone el desarrollo e implementación de una clasificación clínica para la apendicitis aguda que incluya todas las etapas de la enfermedad, en dos categorías plenamente definidas en base a la morbilidad y mortalidad reportadas y que resulte uniforme, clara, sencilla y de aplicación universal, para poder tener así una mayor certeza en el manejo de los pacientes y en la distribución de recursos por las instituciones de salud.

TL-115

APENDICITIS AGUDA MODIFICADA POR MEDICAMENTOS

Díaz ZJ, Aguirre RR, Meza OF, Maldonado GC. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Acapulco

Antecedentes: La apendicitis aguda es la causa más común de cirugía abdominal de urgencia, el cuadro clínico típico es dolor tipo cólico en FID, anorexia, náuseas, vómito y fiebre. Sin embargo, el uso de medicamentos modifican en cuadro retrasando el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. **Objetivo:** Determinar si el uso de medicamentos modifica el cuadro clínico de apendicitis aguda. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo, longitudinal, observacional realizado durante un año en que se evaluaron 16 pacientes con apendicitis aguda modificada por medicamentos con hallazgos quirúrgicos grado II y III variables: edad, sexo, nivel socioeconómico, accesibilidad al servicio médico, entidades clínicas concomitantes, automedicación, atención médica y medicación previa, tiempo de evolución, signos de la exploración física. **Resultados:** De un total de 77 apendicectomías realizadas de marzo 2003 a marzo 2004, 16 (20.7%) recibieron medicamentos prescritos por médico más automedicación (n14), se uso antibiótico, analgésico y antiespasmódico

(n7), analgésico y antiespasmódico (n6), no especificado (n3), retraso de 36 a 48 horas (n2), 48 a 72 horas (n7) y más de 72 horas (n7), los signos encontrados Mc Burney (n13), fiebre (n1), taquicardia (n6) plastrón (n5), distensión (n2), los hallazgos quirúrgicos: Grado II (n10), grado III (n6), la edad de 4 a 65 años, predominaron los hombres 7:4, nivel socioeconómico bajo (n14), bajo (n2), con diabetes mellitus (n3), sanos (n14), acceso a servicio médico en 1 hora (n13) y de 4 a 8 horas (n3). **Conclusiones:** El uso de medicamentos en apendicitis aguda, modifica el cuadro clínico, los signos apendiculares lo que retrasa el diagnóstico y tratamiento.

TL-083

ABDOMEN AGUDO EN EL ANCIANO

Jaime-Magaña S, Flores-Álvarez E, Montes de Oca-Villarreal A, Horta-Barajas A, Rizo-Sosa C, De la Torre-González JC. Departamento de Cirugía General, Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo, SSA, Aguascalientes, Ags.

Antecedentes: El abdomen agudo quirúrgico en el anciano es cualitativamente distinto al del paciente más joven y se asocia a una mayor morbi-mortalidad. **Objetivo:** Analizar los factores de riesgo asociados a morbi-mortalidad perioperatoria en pacientes mayores de 65 años con abdomen agudo. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico. Incluyó a todos los pacientes mayores de 65 años operados de urgencia por abdomen agudo en el Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo, SSA, del 1 de enero de 2000 al 30 de abril de 2004. **Resultados:** Fueron incluidos 61 pacientes, 33 mujeres y 28 hombres, con un promedio de edad de 76.3 ± 7.2 años. Las enfermedades asociadas más importantes fueron: diabetes mellitus 8, hipertensión arterial 9, cardiopatía 6 y EPOC 3. El riesgo perioperatorio según ASA fue de II en 7 pacientes, III en 39, IV en 12, V en 3. La mediana del tiempo entre el inicio de los síntomas y la hospitalización fue de 3 días y entre la admisión y la cirugía fue de 1 día. Los diagnósticos operatorios más comunes fueron: perforación intestinal en 14 pacientes, apendicitis en 8, isquemia intestinal en 7, obstrucción intestinal en 5 y hernia en 5. La morbilidad perioperatoria fue de 62%. Se presentaron complicaciones médicas en 59% de los pacientes siendo de tipo respiratorio 20% y cardiaco 28%. Las complicaciones quirúrgicas fueron principalmente de tipo infeccioso presentándose en 25% de los casos. La mortalidad perioperatoria fue del 49%. La variable más importante asociada a morbilidad fue la edad mayor a 85 años ($p = 0.015$) y la variable con mayor significancia asociada a mortalidad fue el desarrollo de una complicación médica ($p = 0.006$). **Conclusión:** La alta mortalidad operatoria en pacientes ancianos está relacionada al desarrollo de complicaciones de tipo médico.

TL-068

DOLOR ABDOMINAL AGUDO NO TRAUMÁTICO (DAANT)

Noriega MO, Guevara TL, Sánchez AM, Belmares TJA. Hospital Central "Dr. IMP", SLP, SLP

Introducción: Dolor abdominal agudo (DAA), afección frecuente rápidamente progresiva, de causas diversas que exige diagnóstico y tratamiento inmediatos. Historia clínica completa; laboratorio estándar; radiografías de tórax y abdomen; ultrasonido abdominal, son básicos para establecer el diagnóstico y tratamiento y/o conducir a estudios especializados en pacientes con DAA. 33% requieren cirugía. Las principales causas quirúrgicas están en cinco grupos: inflamación/infección, perforación, obstrucción, hemorragia, isquemia. Las no quirúrgicas: digestivas, genitourinarias, torácicas, metabólicas, infecciosas, neurógenas. En pacientes con DAANT quirúrgico patologías más frecuentes: apendicitis, colecistitis aguda, obstrucción intestinal. **Objetivo:** Conocer frecuencia, causas, certeza, rapidez diagnóstica, tratamiento, morbi-mortalidad en pacientes DAANT. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, longitudinal, observacional, descriptivo. Se estudiaron pacientes >15 años de edad que ingresaron a urgencias con DAANT del 01/07/03 al 31/10/03. Dos grupos: no quirúrgico, quirúrgico. En el segundo estudio tres variables. Análisis estadístico básico, χ^2 , ANOVA. **Re-**

sultados: Durante el estudio ingresaron 5,634 pacientes, 1,029 por DAANT. 621 (60.35%) femeninos, 408 (39.65%) masculinos. El grupo no quirúrgico tuvo 701 (68.12%), el quirúrgico 328 (31.88%). Predominaron femeninos (62.05%) en el primero, más frecuente entre 15-55 años de edad (73.32%). Diagnósticos más frecuentes: urolitiasis, IVUS, GEPI + DHE, CCL, EAP. En el quirúrgico predominaron femeninos (56.70%), más frecuente en mismas edades (72.56%). 37.5% acudieron con > 24 h de sintomatología, resto en < 24 h. 78.96% se diagnosticaron en las primeras 6 h de internamiento. 57.01% se operó en las primeras 12 h de internamiento, 79.87% en las primeras 24 h. El 100% tenía más de 6 h de sintomatología hasta el momento de la cirugía. Signos y síntomas más frecuentes: náusea (89.02%), vómito (83.53%), hiporexia (74.08%), rebote + (67.37%), hiperbaralgesia (49.39%) fiebre (36.28%), hiperestesia (28.65%), distensión abdominal (27.74%), dolor previo (27.13%). Leucocitosis (67.68%). Causas más frecuentes: apendicitis (39.02%), patología hepatobiliar (37.19%), hernias de pared (4.57%), perforación víscera hueca (3.96%), otros (14.63%). Certeza diagnóstica para apendicitis (89.84%), patología hepatobiliar (93.44%), hernias de pared (100%), perforación víscera hueca (92.31%), otros (41.67%). Comparamos diagnósticos pre y postquirúrgicos en los grupos ($p < 0.0001$), indicando elevada posibilidad diagnóstica preoperatoria de patologías involucradas. Diagnósticos pre y postquirúrgicos compatibles (84.17%). Promedio de internamiento (3.9 días). Morbilidad (10.97%). Complicaciones postquirúrgicas (7.01%), más frecuente infección de herida. **Conclusiones:** DAANT es causa frecuente de internamiento, predomina en femeninos, en décadas productivas de la vida. > 33% de estos pacientes busca atención médica cuando el padecimiento está en etapas avanzadas, afectando evolución, pronóstico y morbimortalidad.

TL-119

NUEVO MÉTODO DE EMPAQUETAMIENTO HIDRONEUMÁTICO CON MONITORIZACIÓN DE LA PRESIÓN INTRA-ABDOMINAL. TRABAJO LIBRE

De Mucha MRA. Jefe de Cirugía y Nutrición. Hospital de Especialidades No. 71 IMSS Torreón, Coah.

Antecedentes: La hemorragia intra-abdominal incoercible conduce al empaquetamiento que puede provocar laceración de órganos, consumo excesivo de plaquetas, sepsis y síndrome compartimental que obligan a realizar una nueva laparotomía para el retiro en las subsecuentes 48 a 72 horas independientemente de las condiciones del paciente, teniendo frecuentemente que empaquetar de nuevo. **Objetivo del estudio:** Realizar un empaquetamiento seguro, sin las desventajas previas, con monitorización de la presión intra-abdominal, que pueda permanecer por largos periodos dentro de la cavidad y cuyo retiro no requiera de cirugía. **Material y método:** Bolsa plástica conectada a un baumanómetro y sistema de insuflación. Se utilizó el sistema en una paciente de 39 años sometida a segmentectomía hepática por cistadenoma primario que desarrolló coagulopatía durante la cirugía y en un paciente de 36 años con absceso hepático amibiano roto del segmento 8 con sangrado incoercible. **Resultados:** Se obtuvo hemostasia a los 28 mmHg y se mantuvo por 4 días, las bolsas se desinflaron paulatinamente y permanecieron por espacio hasta de 15 días retirándose por minilaparotomía. **Discusión:** El empaquetamiento hidroneumático mediante bolsa de plástico no se adhiere ni lacera, no acumula fluidos, no favorece la trombocitopenia ni la sepsis. Facilita el cierre de la pared. La compresión del gas disminuye los incrementos de presión generados por ventilación mecánica, tos, movilización del enfermo, etc. Permite vigilar y regular la presión y temperatura de llenado. Puede volverse a llenar en caso necesario. Una bolsa cónica puede retirarse en la cama del paciente como cualquier canalización. **Conclusiones:** Los resultados sugieren la posibilidad de un cambio radical al manejo tradicional.

TL-207

CATETERIZACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA ARTERIA HEPÁTICA PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD METASTÁSICA DEL HÍGADO

Franklin Jr. ME, Estrada LCR, González RR, Villegas CO. Texas Endosurgery Institute, Southeast Baptist Hospital, San Antonio, Texas, USA. Servicio de Cirugía General del Hospital San José-Tec de Monterrey. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey Escuela de Graduados de Medicina – ITESM

Antecedentes: Las metástasis constituyen el grupo más grande de tumores malignos del hígado. Los procesos malignos del tracto gastrointestinal son responsables de un gran número de casos, principalmente por diseminación hematológica. La resección de las metástasis, cuando es factible, se ha reportado que aumenta la sobrevida. Entre otras modalidades de tratamiento, se encuentra la quimioterapia aplicada directamente a la arteria hepática que en algunos estudios ha demostrado tener mejores resultados sobre la quimioterapia sistémica. El aplicar las ventajas de la cirugía laparoscópica para la realización de este procedimiento puede resultar en una menor estancia intrahospitalaria, inicio más temprano de la quimioterapia y de la alimentación por vía oral. **Objetivo del estudio:** Reportar el uso de la laparoscopia para el tratamiento de un paciente con diagnóstico de adenocarcinoma duodenal con metástasis al hígado así como los resultados obtenidos después de un ciclo de quimioterapia. **Material y método:** Revisión retrospectiva de la base de datos del Texas Endosurgery Institute. Se analiza el expediente clínico, archivo radiológico y evolución del paciente en la actualidad. **Resultados:** Paciente femenino de 58 años con intolerancia a la vía oral, síndrome anémico y sangrado gastrointestinal alto. Se le realiza diagnóstico de adenocarcinoma de la segunda porción del duodeno. Se le diagnostica además enfermedad metastásica hepática principalmente en el lóbulo izquierdo donde la lesión más grande medía 4.7 cm de diámetro. Se le somete a una gastroyeyunostomía, cateterización de la arteria hepática, colecistectomía y toma de biopsias por laparoscopia que se realizó sin complicaciones. Se inició el primer ciclo de quimioterapia antes de su egreso del hospital. A su egreso, tolera adecuadamente la vía oral aunque ésta se pudo iniciar hasta el octavo día postquirúrgico. Ocho semanas después de la cirugía, tolera la vía oral, ha aumentado 0.11 kg en un mes y ha completado su primer ciclo de quimioterapia. Una tomografía realizada 10 semanas después de la cirugía muestra una disminución de 5 a 2 cm en la lesión más grande así como una disminución de 6 a 1 cm en otra lesión. **Conclusiones:** La cateterización de la arteria hepática puede mejorar la sobrevida en pacientes seleccionados con enfermedad metastásica al hígado. La aplicación de las técnicas de invasión mínima para la realización de este procedimiento colabora a una recuperación más rápida y a una mejor calidad de vida.

TL-086

INCIDENCIA DEL DIVERTÍCULO DUODENAL EN COLANGIOGRAFÍA ENDOSCÓPICA

Acuña PR y cols.

Objetivo: Conocer la prevalencia del divertículo duodenal en la población que acude a los servicios de endoscopia citados y su morbimortalidad en la colangiografía endoscópica retrógrada. **Diseño:** Estudio prospectivo, transversal, observacional, y descriptivo. **Sede:** Servicio de endoscopia del CMN 20 de Noviembre ISSSTE y Hospital Ángeles de las Lomas. Tercer nivel de atención. **Pacientes y métodos:** Del 1° de marzo del 2001 al 1° de marzo del 2002, se estudiaron 103 pacientes mediante duodenoscopia y colangiografía retrógrada. Se investigó la presencia o ausencia de divertículo duodenal, el tipo del mismo, la factibilidad de la canalulación de la papila, así como la morbilidad, la perforación duodenal y la mortalidad. **Resultados:** El promedio de edad fue de 57 años con un rango de 32 a 90 años, 64 mujeres y 39 hombres, de los 103 pacientes, 12 presentaron divertículo duodenal para una prevalencia de: 11.6% de los cuales en 5 la papila se encontró intraadiverticular, siendo factible realizar su canalulación sólo en un caso. No hubo morbilidad ni mortalidad en esta serie. Dos enfermos presentaron divertículos múltiples. La coledocolitiasis ocurrió en 9 de 12 casos que presentaron divertículo duodenal (75%). En un caso se encontró una tumoración intraadiverticular. **Conclusiones:** La prevalencia del divertículo duo-

denal es alta en nuestros hospitales (11.6%) y concuerda con lo descrito en la literatura. En el 41.6% de los casos con divertículo, la papila se encontró intraadiverticular. La prevalencia del divertículo aumenta con la edad. No hubo morbimortalidad en esta serie.

TL-249

TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)

Fernández J, Daza JL, Zárate A, Sagui L, Lizárraga JA, Baqueiro A

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (del inglés Gastrointestinal Stromal Tumors – GIST) antes conocidos como tumores benignos o malignos de músculo liso, son los tumores mesenquimatosos más comunes del tracto gastrointestinal, constituyen el 5% de los todos los sarcomas y se presentan en personas de edad media y adultos con más frecuencia. Son raros y pueden tener comportamiento biológico maligno, su diagnóstico requiere de estudios especializados de inmunohistoquímica y el tratamiento ha cambiado recientemente. **Diseño:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. **Objetivo:** Analizar la experiencia de nuestra institución en el diagnóstico y tratamiento de esta patología. **Materiales y métodos:** Se revisaron reportes de patología gastrointestinal de los últimos 10 años. Y realizaron estudios de inmunohistoquímica a los pacientes incluidos en este estudio. **Resultados:** Se incluyen en el estudio a 11 pacientes con diagnóstico patológico de GIST. Según el sexo 8 fueron hombres y 3 mujeres, la edad media fue de 61.5 años (rango de 17 a 86 años). Entre los antecedentes familiares de importancia, 3 pacientes tenían a familiares fallecidos por cáncer gástrico, uno por cáncer de próstata, cáncer de tiroides, cáncer de cuello uterino y sangrado de tubo digestivo. Entre los antecedentes personales patológicos, 3 pacientes padecían de sangrado de tubo digestivo sin origen determinado, 3 con hipertensión arterial, uno con cáncer de próstata, uno con infarto de miocardio previo y uno con gastritis crónica. Entre los síntomas de presentación, 7 pacientes se ingresaron por sangrado de tubo digestivo, 6 con padecían de dolor abdominal, 3 presentaban masa abdominal palpable y 1 con pérdida de peso. Entre los laboratorios de ingreso 7 pacientes tenían anemia a su ingreso. Según la localización del tumor, 6 estaban en estómago, 2 en íleon, 1 en yeyuno, 1 en colon y 1 en epilón. Según el tamaño del tumor, encontramos 2 tumores menores de 5 cm, 6 tumores de 5 a 10 cm y 3 tumores mayores de 10 cm, siendo el más grande de 35 cm de eje mayor. Según los reportes de patología 6 fueron malignos y 5 benignos. En lo que se refiere al procedimiento realizado, 2 fueron sometidos a gastrectomía tipo Bilroth II, 3 sometidos a resección en huso, 3 a resección intestinal más anastomosis, 1 a resección en bloque, 1 sigmoidectomía y 1 a biopsia debido al tamaño del tumor. Un paciente presentó sangrado transoperatorio intenso por lo que fue ingresado a terapia intensiva y otro íleo prolongado, sólo dos pacientes presentaron complicaciones tardías. **Conclusión:** Los métodos diagnósticos han mejorado notablemente en nuestra institución, se ha logrado baja morbimortalidad quirúrgica, con bajo índice de complicaciones, nuestros resultados están acordes a la literatura publicada. Si bien la cirugía es el mejor tratamiento para estos tumores, creemos que se debe valorar nuevas alternativas de tratamiento postquirúrgico aceptadas hoy en día.

TL-200

VÓLVULUS GÁSTRICO. REPORTE DE 5 CASOS TRATADOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Palomeque LA, Corona CJF, Gracida MNI, Vega CS, Galindo GFJ, Lagunes GAA, Carbó RR. Hospital General de México

El vólvulus gástrico es una alteración poco frecuente. La forma de presentación más común es la axial con respecto al eje mayor del órgano; y se le ha asociado con la presencia de hernias paraesofágicas grandes. La manifestación del vólvulus gástrico puede ser en forma aguda, con dolor epigástrico e imposibilidad para el vómito; o en forma crónica con dolor intermitente en la misma región, además de distensión. El tratamiento siempre es quirúrgico

co en casos agudos, y el tipo de cirugía dependerá de los hallazgos transoperatorios, siendo el más importante la presencia o ausencia de necrosis de las paredes. En los casos crónicos, el tratamiento será la reducción del vólvulus, la reducción de la hernia paraesofágica, si existe, y la fijación del estómago a la pared abdominal anterior. El pronóstico dependerá del tipo de presentación y la reserva sistémica de los pacientes, ya que la mayoría son mayores de 60 años de edad. Se presenta una serie de cinco casos tratados en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de México, en el que se revisan los aspectos del diagnóstico y el tratamiento de los mismos, así como los resultados obtenidos hasta el momento.

TL-156

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA CON COLOCACIÓN DE BANDA GÁSTRICA EN PUEBLA

Zarain RA, Orozco K. Puebla.

Introducción: Revisión de 5 años de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica con colocación de banda gástrica por laparoscopia en Puebla. **Objetivos:** evaluar el resultado de cirugía bariátrica con banda gástrica en pacientes con obesidad mórbida en los últimos 5 años. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó a todos los pacientes operados en el periodo jun/99-jun/04 evaluando el IMC antes de la cirugía y la pérdida posterior a la misma sus resultados y complicaciones inmediatas y tardías, así como la mortalidad reportada, los resultados se expresan en porcentajes. **Resultados:** 113 pacientes operados con edades entre los 17-61 años, con un IMC por arriba de 90 (79.6%), reduciendo el IMC ideal 66 (58.9%), con una pérdida de más de 20 kg en 83 (74.1%) con un promedio de ajustes de 3 en 49 (43.7%) complicaciones inmediatas 1 (.8%) rechazo de banda, complicaciones tardías en 17 (15.1%) con retiro de banda en 10 (8.9%), recolocación de banda en 3 (2.6%), con pérdida de peso no significativa en 8 pacientes (7.1%) la mortalidad reportada en este estudio hasta la fecha es de 0. **Conclusiones:** La cirugía bariátrica con colocación de banda gástrica es un método seguro y confiable para el tratamiento de la obesidad mórbida, con una mortalidad nula en nuestra serie y con una morbilidad baja, con la ventaja de ser un procedimiento reversible.

TL-005

FACTORES PRONÓSTICOS EN LINFOMA GÁSTRICO PRIMARIO

Medina-Franco H, Soto-Germes S, Lome-Maldonado C. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México D.F.

Antecedentes: No existe un tratamiento estándar para linfoma gástrico primario. **Objetivo:** Determinar los factores pronósticos en linfoma gástrico primario. **Materiales y métodos:** Se analizaron variables clinicopatológicas, se corroboró el subtipo histológico y se etapificó según la clasificación modificada de Ann-Arbor. Se utilizó el programa estadístico SPSS. **Resultados:** Se identificaron 41 pacientes, 22 mujeres (53.7%) y una edad media de 52.6 años. El síntoma más común fue la pérdida de peso en 90.2% de los pacientes. El subtipo histológico predominante fue el de células grandes en 46.34% y la etapa clínica más común fue la IV en el 36.6%. Veinte pacientes (48.8%) recibieron tratamiento quirúrgico y 34 (82.1%) quimioterapia. La supervivencia actuarial a 1 y 5 años fue de 77.8% y 71.17% respectivamente. En el análisis univariado el tratamiento quirúrgico se asoció a mejor supervivencia. En el análisis multivariado únicamente los niveles normales de DHL sérico se asociaron a mejor supervivencia libre de enfermedad: 131 meses en los pacientes con DHL normal vs 12 meses con niveles ≥ 197 mg/dl al momento del diagnóstico ($p < 0.0001$). **Discusión:** El tratamiento óptimo es controversial. La cirugía parece conferir ventajas en la supervivencia global. **Conclusiones:** Los niveles altos de DHL al momento del diagnóstico se relacionan con una disminución significativa en supervivencia global y libre de enfermedad y puede ser considerado como un marcador pronóstico.

TL-011

RESULTADOS DEL MANEJO DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Maza SR, Vázquez GA, Gutiérrez FL, Figueroa AS, Solares SH, Pérez CH. Hospital Reg. "Lic. A. López Mateos" ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: El pseudoquiste pancreático es una complicación de la pancreatitis aguda con frecuencia que varía de 7 al 40%, en la literatura, se mencionan diferentes formas de abordar su tratamiento desde la observación al manejo quirúrgico. **Objetivo:** Analizar los resultados del manejo del pseudoquiste pancreático en nuestro hospital, así como recurrencia y complicaciones. **Material y métodos:** En el periodo de 2002-2004 se recabaron los datos de 46 pacientes. Se analizó sexo, edad, días de estancia, datos clínicos, ictericia, exámenes de laboratorio, USG, TAC, tipo de tratamiento, etiología de la pancreatitis y complicaciones. **Resultados:** 46 pacientes, 30 femeninos, 16 masculinos, con edad promedio de 52 años, ictericia en 9 de ellos (19.5%), tamaño del pseudoquiste de 5 a 15 cm realizando punción en el 56.2%, complicaciones 8 (17.3%). Mortalidad 4 (8.69%). En 18 pacientes se realizó manejo quirúrgico. **Análisis:** El manejo del pseudoquiste pancreático en su abordaje quirúrgico se publica que cada vez es menos frecuente debido a otras alternativas, como punción externa o manejo endoscópico. En nuestro grupo de pacientes se observó que existe una correlación con lo publicado en la literatura siendo menor el número de pacientes intervenidos quirúrgicamente. Morbilidad, mortalidad. **Conclusiones:** Se identificó mayor resolución del pseudoquiste pancreático sin cirugía. Hubo menor índice de complicaciones. La selección de pacientes para su manejo requiere una revisión continua de resultados.

TL-064

INCIDENCIA DE LA TROMBOEMBOLIA PULMONAR FATAL EN PACIENTES DE CIRUGÍA GENERAL EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO Y LA INFLUENCIA DE LA INTERVENCIÓN DE URGENCIA EN EL RIESGO DE PRESENTACIÓN

Zarraga RJL, Montalvo JE, Cárdenas GO. Hospital General de México.

Antecedentes: La enfermedad tromboembólica venosa es una entidad que siempre ha sido subvalorada a pesar de las consecuencias fatales que de ella pueden derivar. Existen dificultades para calcular la presentación de enfermedad tromboembólica venosa en la población general, puesto que los reportes en la literatura sólo enmarcan a pacientes hospitalizados, y aun cuando presenta algunas limitantes; la necropsia puede arrojar datos en relación a la frecuencia de esta patología, en el entendimiento del que no se realiza a todos los pacientes que fallecen en un centro hospitalario. En relación a lo anterior los reportes de necropsia señalan émbolos macroscópicos en 1.5 a 30% de los estudios de rutina y de 51 a 69% en la observación microscópica. El diagnóstico de embolia pulmonar no se efectúa en 60 a 80% de los casos y esta entidad es responsable del 3 al 10% del total de muertes y contribuye a esta última en el 10%. En el ámbito del paciente de Cirugía General existe la escala de riesgo de Salzman y Hirsh que ha sido modificada en varias ocasiones, la última de ellas enmarcadas en el Sixth American College of Chest Physicians Consensus Conference on Antithrombotic Therapy del 2001 que determina la conducta de profilaxis y manejo de este cuadro hasta la actualidad. **Justificación.** Establecerse la influencia de la intervención de urgencia en la presentación de la tromboembolia pulmonar fatal, situación no descrita en la literatura; así como la incidencia de esta patología en nuestro medio. **Hipótesis.** La intervención quirúrgica de urgencia puede incrementar el riesgo de presentación de la tromboembolia pulmonar fatal. **Material y método:** revisión de las necropsias llevadas a cabo en el Hospital General de México en el periodo de 1998 al 2002, considerando los factores de riesgo de presentación de enfermedad tromboembólica venosa, así como las descripciones macro y microscópicas de los pacientes intervenidos por el servicio de Cirugía General. **Análisis estadístico.** Fuerza de asociación causal de la intervención de urgencia y la tromboembolia pulmonar fatal mediante diferencia de riesgos y porcentaje de riesgo atribuible. **Resultados:** Se revisaron 9,654 necropsias

encontrando una mayor presentación en pacientes intervenidos de urgencia, siendo causantes de hasta el 30-40% del total de las muertes de pacientes quirúrgicos, con una diferencia de riesgo y porcentaje de riesgo atribuible estadísticamente significativa cuando se comparó la presentación de esta complicación en la cirugía electiva vs la de urgencia.

TL-017

PAPEL DE OCTREOTIDA DE DEPÓSITO (LAR) EN EL MANEJO ADYUVANTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO-CORTO.

Gómez HE, Farias LIOA, Gutiérrez de la RJL, Hermsillo SJM, López RMKL, Fuentes OC, Cortes FAO, Ruiz ChIE, Hospital de Especialidades CMNO. IMSS. Guadalajara, Jalisco. México

Introducción: El síndrome de intestino corto (SIC) es un conjunto de síntomas y signos presentes después de una resección quirúrgica extensa del intestino delgado. Caracterizado por mala absorción, diarrea, desequilibrio hidroelectrolítico y pérdida de peso. El apoyo nutricional e hidroelectrolítico adicional es necesario. La octreótida Long-acting release (LAR) de depósito intramuscular es terapia alternativa en pacientes con SIC que presentan deshidratación crónica, alto consumo de líquidos y alimentos que impone un círculo vicioso. **Objetivo:** Describir el efecto de la octreótida LAR, en el volumen de las evacuaciones y/o pérdidas intestinales en pacientes con SIC. **Material y métodos:** Estudio clínico abierto con duración de 8 meses. Incluyó 10 pacientes (n = 10); relación 3:7 (mujer-hombre), edad 49.9 ± 15.10 años, con SIC, dependientes de nutrición parenteral. Divididos en 2 grupos: Grupo A (n = 6) con reinstalación del tránsito intestinal, Grupo B (n = 4) con estomas de alto gasto. Administrando octreótida (LAR) 20 mg i.m./mes. Al inicio y al final se registró peso corporal y las pérdidas intestinales. **Resultados:** La resección intestinal fue debido a: isquemia intestinal 5, vólvulo 1, oclusión intestinal por adherencias 1, apendicitis 1, sarcoma 1, cáncer de colon 1. Se redujo significativamente el volumen de pérdidas intestinales respecto al inicio versus el final del estudio. Grupo A (p = 0.002), Grupo B (p = 0.823). **Conclusiones:** La octreótida LAR depot es efectiva en pacientes con SIC ya que reduce las necesidades de líquidos y electrolitos, reduciendo el volumen de las pérdidas intestinales y/o el número de evacuaciones.

TL-082

CIERRE DE ESTOMAS INTESTINALES. CIRUGÍA DE ALTO RIESGO

López SJL, Sahagún SRO, Flores-Álvarez E, De la Cruz AD, Arroyo AAD, De la Torre GJC. Servicio de Cirugía General, Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo, SSA. Aguascalientes, Ags.

Antecedentes: El alto riesgo en la reinstalación del tránsito intestinal debe ser considerada siempre al decidir realizar un estoma intestinal. **Objetivo:** Evaluar la experiencia del Hospital de Especialidades Miguel Hidalgo, SSA, Ags. en el tratamiento quirúrgico de los pacientes con estomas intestinales. **Material y métodos:** Se estudiaron retrospectivamente a todos los pacientes sometidos a reinstalación del tránsito intestinal entre enero de 2000 y abril 2004. Las variables estudiadas fueron: edad, género, causa, localización y tipo de estoma, anastomosis, parámetros nutricionales, tiempo de reconexión, días de hospitalización, complicaciones y mortalidad. **Resultados:** Fueron incluidos 21 pacientes, 8 mujeres y 13 hombres, con mediana de edad de 44 años (rango 16-70). La causa de la primera cirugía fue inflamatoria-infecciosa en 7 pacientes, trauma cerrado 4, trauma penetrante 4, oclusión 2 y otros 4. En 7 pacientes la localización correspondió al íleon, 5 al colon derecho y 9 al colon izquierdo. Tipo de estoma: en asa 5, terminal y cierre distal 15 y terminal y fístula mucosa 1. La reconexión fue realizada a 117.9 ± 51.2 días. La albúmina fue de 3.5 ± 0.76. En 4 pacientes se hizo cierre en un plano. Doce pacientes (57.1%) desarrollaron complicaciones quirúrgicas: oclusión 6, dehiscencia 3, absceso 1, infección de herida 2. Cinco pacientes desarrollaron complicaciones médicas. La estancia hospitalaria fue de 10 días (rango 5-104). La mortalidad fue de 9.5%. Ninguna de las variables estudiadas tuvo relación significativa con la morbilidad. La presencia

de complicaciones médicas se asoció estadísticamente con la mortalidad ($p = 0.04$). **Conclusión:** La reinstalación del tránsito intestinal continúa siendo una cirugía con elevada morbi-mortalidad.

TL-172

ÍLEO BILIAR. ANÁLISIS RETROLECTIVO DE 3 AÑOS

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

Antecedentes: El íleo biliar, es una obstrucción intestinal mecánica causada por impactación de uno o más litos biliares dentro del lumen intestinal. Litos que han emigrado al lumen intestinal más frecuentemente a través de una fístula biliodigestiva. Predomina en mujeres. Existen diversos procedimientos terapéuticos, el más utilizado es la enterotomía, que es el de menor morbimortalidad, siempre y cuando esté indicado. La mortalidad actual es del 10%. **Objetivo:** Informe de casos. **Diseño:** Estudio retrolectivo, observacional y transversal. **Material y métodos:** Se incluyeron 7 pacientes con íleo biliar a los que se les analizaron edad, sexo, tiempo de evolución, enfermedades asociadas, sitio de fístula y obstrucción, tratamiento empleado y complicaciones. **Resultados:** De 1,054 colecistectomías y 189 casos de obstrucción intestinal se obtuvieron 7 casos de íleo biliar (frecuencia de 0.66% y 3.7% respectivamente). Predominio femenino de 6:1. El 71% fueron mayores de 60 años. El 71% de los pacientes presentaron enfermedades crónico degenerativas asociadas. El diagnóstico preoperatorio se realizó en 71%. El sitio más frecuente de localización del lito fue en íleon terminal (57%), la fístula predominó en duodeno (71%). El procedimiento más utilizado fue la enterotomía en 57% de los casos. El diámetro del lito fue mayor de 2.5 cm en todos los casos. Mortalidad en un caso (14%). **Conclusiones:** El íleo biliar es una entidad rara, predomina en mayores de 60 años, femeninos y por ende con enfermedades crónico degenerativas asociadas. El principal procedimiento que usamos fue la enterotomía, así los resultados encontrados son similares con la literatura mundial.

TL-059

PLASTÍA INGUINAL CON TEJIDO AUTÓLOGO

Castillo CR, Arellano HG, Valenzuela E, Garciacabañez CG, Beauregard PG, Leyva SM. Hospital General "Dr. Juan Graham Casaus", Villahermosa, Tab., SSA/Hospital General de Cárdenas, Tabasco, SSA. Dpto. de Cirugía General.

Objetivo: Utilizar elementos anatómicos propios del paciente para reparar el defecto herniario. **Método:** Consiste básicamente en utilizar un segmento de aponeurosis del oblicuo mayor en forma de cordón para reparar la región inguinal. **Técnica:** Si la hernia es directa, ya disecado el saco, se toma una tira de aponeurosis de la hoja superior del oblicuo mayor de 1 cm de ancho, seccionándose hasta donde empieza el músculo, se diseca hasta la espina del pubis a la cual está fija, dejando una base ancha para que no se necrose, esta tira se hace cordón y se le fija una aguja grande curva recortada, redonda al extremo del cordón fijándola con nylon del 000, se pasa el cordón por el ligamento lacunar hacia el piso y se procede a cerrar el piso pasando el cordón por el transversario y el tendón conjunto y tomando el ligamento de Cooper, así como transversario y tendón conjunto con el de cintilla ileopúbica e inguinal tipo surgete continuo, se fija el extremo del cordón con nylon del 00 para que no se deslice, si la hernia es indirecta ya disecado el saco herniario, si es inguinoscrotal y su pared es gruesa, se liga alto y a 2 cm de la ligadura se secciona en forma circular en un 80% y el remanente de la ligadura se fija alrededor del anillo inguinal profundo, el resto de saco se extiende en el piso; se reforza el piso, tomando una tira de aponeurosis como en la indirecta, se hace cordón y se procede a reforzar el piso pasando el cordón por ligamento de Cooper y tendón, ligamento inguinal y tendón conjunto como un surgete continuo, se fija el extremo del cordón para que no se deslice con nylon del 000. **Resultados:** Se operaron 120 pacientes de enero de 1998 a mayo de 2004, de 14 a 84 años; masculinos 80 (66.7%), femeni-

nos 40 (33.3%); hernias indirectas 70 (58.3%), de éstas una recidivante; hernias directas 45 (37.5%); hernias crurales 5 (4.2%). **Complicaciones:** Lesión de la vena femoral en un paciente; recidiva de una hernia recidivada en un paciente tosedor crónico por tabaquismo de más de 40 cigarrillos al día. La evolución a los 6 años de iniciado este trabajo de investigación ha sido satisfactoria. Se ha dado seguimiento de los pacientes clínicamente y por ultrasonido de la región inguinal operada sin encontrar recidiva de la hernia lo que nos muestra que la aponeurosis hecha cordón no se necrosa. **Conclusiones:** Es una técnica que no utiliza material extraño para la corrección del defecto herniario. El seguimiento hasta el momento ha sido de seis años. El trabajo se concluirá hasta los diez años.

TL-170

TÉCNICA DE PLASTÍA INGUINAL LIBRE DE TENSIÓN CON CONO DE MALLA EXTENDIDO: ESTUDIO PRELIMINAR

Portales BD, Mondragón RC. Departamento de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 6 IMSS. Ocotlán, Jalisco

Antecedentes: La hernia inguinal es el padecimiento quirúrgico más frecuente en México y en el mundo. La búsqueda de nuevas técnicas de plastía inguinal libre de tensión es la tendencia actual. **Objetivo del estudio:** Dar a conocer una técnica alternativa libre de tensión con un cono de malla extendido. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo y descriptivo en un Hospital de segundo nivel de atención. Se estudiaron 46 pacientes con diagnóstico de hernia inguinal a los que se intervino quirúrgicamente en forma electiva con una plastía inguinal libre de tensión con cono de malla extendido, en el periodo comprendido entre el mes de abril del 2001 al mes de enero del 2004. La técnica quirúrgica fue abierta, realizada en forma habitual pero colocando y fijando un cono de malla extendido hacia el piso del canal inguinal. La clasificación de las hernias se realizó de acuerdo a la clasificación de Gilbert modificada de Rutkow. **Resultados:** 35 pacientes fueron del sexo masculino (76%) y 11 del sexo femenino (24%) con un rango de 18-89 años. Hernia del lado derecho 31 pacientes (67%) y del izquierdo 15 (33%), siendo primarias en 38 (82%) y recurrentes en 8 (18%). Hernias del tipo 1 fueron 12 pacientes (26%), tipo 2: 17 (36%), tipo 3: 2 (6%), tipo 4: 15 (32%). El tiempo quirúrgico promedio fue de 47 minutos. La estancia intrahospitalaria fue de 24 h en todos los pacientes. No hubo complicaciones transoperatorias, siendo las postoperatorias: edema testicular ipsilateral en 8 pacientes (17%), granuloma en sitio quirúrgico (2%). No hubo recidivas a 6 meses. **Discusión:** Esta técnica alternativa en comparación con otras técnicas se utiliza una sola malla cuidando las zonas vulnerables en la hernioplastia, siendo extendida al resto del piso del canal inguinal evitando la combinación del "onlay patch" y "mesh-plug". **Conclusión:** Consideramos que esta técnica alternativa puede ser útil, se usa una sola malla, es fácilmente reproducible, puede ser usada en hernias tipo 1, 2, 3 y 4 de la clasificación de Gilbert-Rutkow. No se presentaron recurrencias pero necesitamos aumentar nuestro grupo de estudio para llegar a conclusiones efectivas y seguras.

TL-217

MORBILIDAD DE LA REPARACIÓN DE HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL EN LA POBLACIÓN NO DERECHAHABIENTE DE LA NACIÓN MEXICANA DEL 2000 AL 2002

Ramírez-Barba EJ, Lozano-Ascencio R, 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

Antecedentes: La epidemiología se utiliza en las enfermedades humanas para conocer la distribución de la enfermedad, los factores que la causan, y los atributos de la enfermedad en poblaciones definidas, incluyendo su incidencia, frecuencia, prevalencia, brotes endémicos o epidémicos. En el caso de las "Hernias de la pared abdominal" sería útil para monitorear adecuadamente sus tendencias y evaluar la efectividad de las intervenciones. Además la utilidad de los datos para la vigilancia en salud depende de su uniformidad, simple-

za y oportunidad. **Objetivo:** Determinar la morbilidad ocasionada por la intervención quirúrgica en la reparación de hernias abdominales. **Material y métodos:** Se utilizó la décima Clasificación Internacional de Enfermedades para buscar datos epidemiológicos acerca de la magnitud del problema de las hernias de la pared abdominal (códigos K40 a K46) como Causa de Morbilidad Hospitalaria por afección principal en la población no derechohabiente, según sexo en los años 2000 a 2002. **Resultados:** Durante los tres años se egresaron 82,695 pacientes, 52.55% fueron varones. El tipo de hernia y la relación varón: hembra (RVH) se muestran en el siguiente cuadro.

	Ingui- nal N	Femo- ral N	Umbi- lical N	Ven- tral N	Diafrag- mática N	Otras N	Hernias no espe- cificadas
Hombres	33,092	238	5,432	2,306	928	30	628
Mujeres	15,015	1,098	14,590	6,061	918	77	1,472
RVH	2.3	4.6	2.7	2.6	1.0	2.6	2.3

Las hernias inguinales fueron causantes del 52.2% de los egresos seguidos de las umbilicales (24.2%), ventrales (10.1%), hernias no especificadas (2.5%), diafragmáticas (2.2%), femorales (1.6%) y otras (0.1%). El mayor predominio dependiente del género femenino fue para la hernia femoral; sin predominio en la hernia diafragmática y con predominio al género masculino en las hernias inguinal, umbilical, ventral y otras. Se presentarán las distribuciones además por edad. **Conclusiones:** La tasa anual de egresos hospitalarios por hernias de la pared abdominal fue de 5.95 por 10,000 habitantes en hombres y de 5.39 en las mujeres. Los datos epidemiológicos son claros y deben servir de sustento para programar la curricula de los profesionales de la salud en general y de los cirujanos en lo particular, así como para realizar otros tipos de investigaciones que evalúen costos y beneficios de los procedimientos

TL-259

ES LA ESFINTEROPLASTÍA TRANSDUODENAL UN PROCEDIMIENTO AÚN VIGENTE

Díaz TO, Aguirre RR, García LJ
Hospital General de Acapulco, Gro.

Antecedentes: A partir de la primera CPRE en el año 1974 fue obteniendo indicaciones cada vez mayores, primero diagnóstica posteriormente intervencionista para cálculos biliares, sin embargo, se ha comprobado un índice de falla de hasta 5 al 10%, morbilidad 10 al 15%, mortalidad del 1-2%. Estudios a 10 años demuestran que los pacientes llegan a tener recurrencia de cálculos, estenosis de la papila de Oddi con recidiva de la patología obstructiva. La esfinteroplastia transduodenal continúa siendo un procedimiento útil y seguro en caso de falla de la CPRE por mala técnica, tamaño de cálculos y con mejores resultados a largo plazo. **Objetivo:** Presentar la experiencia en un hospital de segundo nivel en una cohorte de 20 pacientes a quienes se realizó ET. **Material y método:** Periodo comprendido entre enero 2002 a junio 2004, se operaron 20 pacientes, 18 masculinos y 2 femeninos con edades de 24 a 70 años, mediante cirugía abierta, EVB, incisión longitudinal del duodeno en segunda porción y esfinteroplastia con sutura, puntos coledocoduodenales. **Resultados:** Del total de pacientes operados con ET, la mortalidad fue del 0%, promedio de estancia hospitalaria fue de 8 días. **Comentario:** Debido a la popularidad que tiene la cirugía endoscópica, la ET ha caído en desuso, sin embargo consideramos que es un procedimiento seguro con buenos resultados a corto y largo plazo y una alternativa en aquellos pacientes en donde la CPRE no ha sido exitosa.

TL-213

ANÁLISIS DE LOS COSTOS DE INSTALACIÓN Y DISFUNCIÓN QUIRÚRGICA DE CATÉTER BLANDO

Casas AME, Martínez GAM, Castañeda O, Elizalde CMT, Arroyo EGJ. HGZ No. 1 Saltillo, Coahuila. IMSS

Introducción: El éxito para iniciar diálisis peritoneal (DP) en forma permanente, precede a un acceso seguro hacia la cavidad peritoneal, de tal suerte que la sobrevida del catéter recomendada en la literatura es de 80% a un año de la primera instalación. **Objetivo:** Elaborar un diagnóstico situacional de los pacientes que ingresan a la colocación de catéter mediante técnica quirúrgica, impacto sobre la morbimortalidad, costos días estancia intrahospitalaria (DEIH) antes de ingresar a un programa de DP. **Material y métodos:** Se analizaron de manera retrospectiva los expedientes de 37 pacientes que se les colocó catéter blando por primera ocasión, enero a diciembre del 2003, 23 mujeres (64.8%) y 14 hombres (35.1%), cuya etiología principal fue DM tipo 2 en 31 pacientes (84%), 6 hipertensión arterial (10.8%), 1 vejiga neurogénica (2.7%), 1 glomerulonefritis (2.7%), con rangos de edad de 16 a 76 años con promedio de 58.1 años, todos con depuración de creatinina (DC) de 1.2 a 17 ml/m, con un promedio de 8 ml/m. La colocación del catéter se efectuó por los diversos cirujanos adscritos al hospital. **Resultados:** Se colocaron un total de 60 catéteres, con promedio de 1.6 catéteres/paciente, de los cuales 23 tuvieron 1 catéter, 14 ameritaron 2 catéteres, 6 requirieron de tercer catéter y en tres se instaló un cuarto, el número de catéteres con disfunción fue de 23 (38.3%) de los cuales la principal causa de disfunción fue migración (76%). La principal complicación fue infecciosa, peritonitis en 22 casos, 2 casos con fascitis necrotizante, 1 con peritoneo esclerosado, reportando para este grupo de pacientes 6 defunciones (16.2%). Se generaron 510 DEIH con un promedio de 13.8 días/paciente, con 60 cirugías, misma cantidad de catéteres, con fluctuación de \$32,130.00 a \$131,655.00 con una erogación de \$2,249,139.00 costo total. **Conclusiones:** Hubo referencia tardía en prácticamente todos nuestros pacientes, la colocación de catéter blando mediante técnica quirúrgica sí tuvo impacto en la morbimortalidad, con repercusión en los DEIH y elevación de costos, por lo que se trabaja ya en elaborar modelos de mejora para optimizar recursos, elevar calidad de vida y buscar una alternativa viable para disminuir complicaciones.

TL-192

DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CÓMPUTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO EN APOYO NUTRICIONAL ESPECIALIZADO

Herrera-Esquivel JJ, Rosales GVM, Palacios-Ruiz JA, González-Domínguez F, Hayakawa-Dávila VC, Ruy Díaz-Reynoso JA. División de Apoyo Metabólico y Nutricional y Cirugía General, Departamento de Diseño y Análisis de Investigaciones. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". SS. Ciudad de México

Introducción: El empleo de nutracéuticos se ha convertido en una especializada práctica que beneficia a diversos grupos de pacientes con condiciones específicas que les confieren necesidades particulares; ésta diversidad de necesidades traduce una gran diversidad de preparados parenterales y enterales; con cada vez mayor complejidad en los elementos que la integran. La compleja mezcla de elementos necesarios a cada paciente; requiere, de cálculos matemáticos, que con frecuencia traducen cambios en la formulación nutricional a administrar. Esto ha motivado al desarrollo y perfeccionamiento de un programa de computación ajustado a las necesidades de nuestro hospital, que permite cálculo de requerimientos, monitorización nutricional, elaboración y actualización de requerimientos, elaboración y actualizaciones de las recetas nutricionales, identificar errores de cálculo y estabilidad de las nutriciones a preparar, entre otros. **Objetivo y métodos:** Presentar un programa de computación para el cálculo y monitorización de apoyo nutricional, perfeccionado de un modelo autóctono previo. **Resultados:** Se presentan las ventajas que ofrece este programa de computación en el cálculo y monitorización de apoyo nutricional. **Conclusiones:** El desarrollo de programas computacionales validados son instrumento práctico, útil y confiable en la práctica del apoyo nutricional especializado.

TL-179

ESTABLECIMIENTO OBLIGATORIO DE LA VALORACIÓN GLOBAL SUBJETIVA DEL ESTADO NUTRICIO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA

Galindo-Mendoza L, Delgadillo-Teyer G, Velázquez-García JA, González-Romero F, Prado-Rodríguez RM, Ramírez RA. Hospital de Especialidades, Centro Médico "La Raza", IMSS. Ciudad de México

Antecedentes: Desde la década de 1940 se sabe que la desnutrición modifica el pronóstico de los pacientes quirúrgicos. Sin embargo, existen muy pocos trabajos, especialmente en nuestro país, que describan la tasa de desnutrición en un Servicio de Cirugía General. **Objetivo:** Describir la tasa de desnutrición con la implementación obligatoria de la valoración nutricional global subjetiva (VNGS) propuesta por Detsky, en un Servicio de Cirugía General. **Material y método:** Se elaboró un formato que sigue los puntos propuestos por Detsky para el registro de la VNGS, con instrucciones y ejemplos al reverso. Los médicos residentes de nuestro Servicio fueron entrenados en el manejo de la forma y se les instruyó para que realizaran una VNGS en todo paciente que ingresara al Servicio, entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2004. Una copia se anexó al expediente clínico y otra se retuvo para el estudio. Los resultados se compararon contra el diagnóstico nutricional emitido por un médico dedicado a la nutrición clínica. **Resultados:** Se recolectaron 291 formatos llenados. Se calificaron 126 casos (43%) como bien nutridos, 135 (46%) moderadamente desnutridos o con riesgo de desnutrición, 18 (6%) como severamente desnutridos y en 15 (5%) no dio calificación del estado nutricional. Solamente en 6 casos (2%) hubo discrepancia entre residentes y el experto. **Discusión:** La VNGS es una herramienta fácil de aprender, con buena correlación entre el experto y el novato. **Conclusiones:** La VNGS debería integrarse como requerimiento institucional para la detección del estado nutricional de los enfermos.

TL-101

USO DE LA NICARDIPINA EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERTENSO QUIRÚRGICO

Lugo BG. Hospital Mario Muñoz Monroy. Cd. de Matanzas, Provincia Matanzas, Cuba.

Se realizó un estudio experimental de casos y controles en el Hospital Mario Muñoz Monroy durante el año 2003 que incluyó a 510 pacientes hipertensos esenciales pendientes de cirugía electiva, dividiéndose en 2 grupos, seleccionados al azar. Al grupo I se le impuso tratamiento con Nicardipina en dosis única de 10 mg una hora antes de entrar al salón, independientemente del tratamiento de base. El grupo II se mantuvo con su tratamiento habitual. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y del departamento de estadística y se procesaron en una computadora Pentium IV, permitiéndonos detectar un grupo de riesgo relativo de 2.0 con un poder de 0.90 y un nivel de significación 0.01 bajo una proporción de exposición en la población sana del 30%. Para el análisis de las variables se utilizó el Chi-cuadrado. Como objetivos nos trazamos mejorar la morbimortalidad del paciente hipertenso quirúrgico, lograr un control efectivo de las cifras de TA durante el perioperatorio, evitar las complicaciones propias de la HTA y los problemas que se crean al suspender un paciente en tabla para cirugía. Demostramos que se logró un mejor control de la tensión arterial en el Grupo I, sobre todo en aquellos pacientes que llegaban con un tratamiento eficaz, que en los que no tenían o les era insuficiente. Se comprobó que el tiempo quirúrgico influyó negativamente sobre las cifras de TA. Se suspendió un solo caso en el Grupo I por HTA, sin embargo en el Grupo II se suspendieron 5. Las complicaciones más frecuentes fueron la hipotensión arterial y las arritmias cardíacas, sin diferencias significativas por grupos.

TL-111

UTILIZACIÓN DE MEMBRANA AMNIÓTICA EN EL MANEJO DE QUEMADURAS GRADO II PROFUNDAS Y GRADO III. EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Cabañas C, Zavala JC, Flores A, Hervert J, Pavon N, Campos C, Rodríguez F, Bravo B, Orea Y, Aragón F. Hospital General de Altotonga Ver. Hospital General de México. O.D

Antecedentes: Las quemaduras de segundo y tercer grado, tienen una alta incidencia en la infancia y la vejez. El manejo inmediato preventivo de las secuelas es importante para disminuir la morbi-mortalidad derivadas de este tipo de padecimientos. **Objetivos:** Reportar la experiencia de 15 años en el manejo de quemaduras de segundo grado profundas y de tercer grado, con el uso de membrana amniótica en un hospital de segundo nivel. **Materiales y métodos:** Se trata de un estudio retrospectivo, longitudinal, descriptivo, observacional. Realizado en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de Altotonga Veracruz, de segundo nivel; de enero de 1989 a enero del 2004. Se analizaron 105 casos con aplicación de membrana amniótica. **Resultados:** Se encontró que 89 pacientes evolucionaron favorablemente, con lavados quirúrgicos y aplicación de membrana amniótica, 11 rechazaron el injerto tempranamente junto con complicaciones infecciosas e hidroelectrolíticas; 5 murieron por patologías concomitantes. **Conclusiones:** La utilización de membrana amniótica es una opción útil en el manejo de pacientes con quemaduras que requieren injertos. Debido a que es de fácil obtención y barato procesamiento y que no requiere de medicación inmunosupresora para el manejo del injerto, con un alto índice de éxito.

TL-114

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA GENERAL

Díaz ZJ, Aguirre RR, De la Peña PC, Delgado CL. Servicio de Cirugía General del Hospital General de Acapulco, Gro.

Antecedentes: La reintervención constituye un nuevo traumatismo, desequilibrio de mecanismos homeostáticos, aumentando la morbimortalidad. Representa un problema tanto para el paciente como para el hospital, resultado de la progresión de la patología, y en algunas ocasiones errores en la táctica y técnica operatoria. **Objetivo:** Presentar la experiencia del Servicio de Cirugía General de pacientes reintervenidos en el periodo de 1 año valorando causas y consecuencias de las mismas. **Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional realizado durante el periodo de marzo 2003 a marzo 2004, donde se revisaron los expedientes de 16 pacientes reintervenidos en el Servicio de Cirugía General. **Resultados:** De 1,503 cirugías realizadas de marzo 2003 a marzo 2004, 16(1%) pacientes se reintervinieron, edad fue de 15 a 68 años, 14 hombres y 2 mujeres; correspondieron a 4 (25%) cirugías electivas, y 12 (75%) cirugías de urgencia. Las causas de reintervención fueron: lesión inadvertida de VB (n3), hematoma (n3), hemorragia (n2), evisceración (n2), fístula enterocutánea (n2), sepsis abdominal (n2), coledocolitiasis (n2); 10 pacientes (62%) fueron operados primeramente en otra unidad, estancia hospitalaria fue de 3-65 días con promedio de (31.5); 9 (56%) requirió terapia intensiva, la mortalidad fue de 4 (25%); la morbilidad: dehiscencia e infección de herida, fístulas, hernia incisional, neumonía, STDA, desnutrición. **Conclusión:** La reintervención quirúrgica es una causa importante de morbilidad y mortalidad, incrementando con el número de las mismas, siendo vital lo que se haga o deje de hacer en la primera cirugía, genera estancia prolongada y costos para paciente como al hospital.

TL-241

NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL. EXPERIENCIA EN 520 PACIENTES EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Castillo LL, Hinojosa PA, Piza BRH, Jiménez MA, Estrada CA. Hospital General Regional Vicente Guerrero IMSS, Acapulco

Introducción: Desde el siglo XVI en que inició el desarrollo del estudio de la anatomía humana, el conocimiento de los nutrientes (1820-1920), la bioquímica y la fisiología moderna (1920 a la fe-

cha), el conocimiento de la respuesta metabólica a la inanición, las enfermedades y lesiones, hasta la aplicación con seguridad de la NPT en la actualidad, el pronóstico de los pacientes quirúrgicos con tracto digestivo no funcional ha cambiado con este apoyo. **Objetivo:** Documentar la experiencia de la aplicación de este tipo de apoyo nutricional en un hospital de segundo nivel. **Material y métodos:** Lugar. Hosp. Gral. Reg. Vicente Guerrero IMSS Acapulco. Tiempo del estudio: 1994 al 2003. Tipo de estudio. Descriptivo observacional. Grupo de estudio: Pacientes quirúrgicos que ameritaron apoyo nutricional parenteral. Se incluyeron los pacientes a los que se les solicitó apoyo nutricional parenteral y que reunieron

los criterios de ingreso a este tipo de apoyo. Se valoraron entre otras variables indicaciones de apoyo nutricional, las fallas orgánicas, morbilidad y mortalidad, y tiempo de apoyo nutricional. **Resultados:** Se incluyeron un total de 520 pacientes. Edad de 15 a 75 años promedio de 35 años. Relación H/M es de 4 a 2. Todos los pacientes presentaron fallas orgánicas en diferente severidad y la mortalidad global fue de un 30%, siendo la más frecuente por grupos los PTS con PNI con una mortalidad de un 50%. El tiempo de apoyo de nutrición fue de 14 días a 210 días con un promedio de 50 días. **Conclusiones:** Este tipo de apoyo es perfectamente factible de realizar en un hospital de segundo nivel.

