

Cirujano General

Volumen **26**
Volume

Suplemento **1**
Supplement

Octubre-Diciembre **2004**
October-December

Artículo:

Parte I.

Resúmenes de TC-001 al TC-122

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](#)



www.Medigraphic.com

TC-001

FÍSTULA COLECISTODUODENAL E ÍLEO BILIAR. REPORTE DE UN CASO

Gómez ZJJ, Bellazetin JL, Salvador GR, Arzate OC Miranda AA. Hospital General Fernando Quiroz Gutiérrez, ISSSTE

Antecedentes: La fístula es una comunicación transmural entre dos superficies epitelizadas y estas pueden ser externas, internas, espontáneas y postquirúrgicas; existen de origen en vesícula biliar, del cístico, colédoco y conducto hepático y sus trayectos terminan en duodeno, colon, estómago, colédoco y pulmón. **Objetivo:** El cuadro clínico de las fístulas biliares e íleo biliar es variable y dependiendo de los sitios anatómicos involucrados se debe sospechar la entidad patológica en pacientes con antecedentes de cuadros de colecistitis previas que llegan al servicio de urgencias con cuadro de íleo adinámico y de abdomen agudo. **Caso clínico:** Paciente femenina de 75 años de edad con antecedentes familiares rama materna de cáncer gástrico; antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento con inhibidores de la ECA, hospitalizaciones previas de emergencia hipertensiva y epistaxis. Antecedentes de tabaquismo pasivo. Inicia su padecimiento 48 horas previas a su ingreso con vómito de contenido gastrobiliar en número de 4 en 24 horas, evacuaciones líquidas abundantes en número de 7 en 24 horas sin moco ni sangre, dolor cólico en epigastrio y mesogastrio que aumenta progresivamente que no disminuye al vómito ni a la defecación. Al ingreso del servicio de urgencias presenta palidez de piel y tegumentos, dolor cólico constante sin remisión y distensión abdominal. Las placas de tórax con aumento de la trama broncoalveolar, placas de abdomen con datos de íleo y se pasa a piso a cargo del servicio de Medicina Interna tratándola durante 6 días con líquidos, antibióticos, y sonda de Levin con gastos altos. Solicitan ultrasonografía que reporta datos de colecistitis litiasica. A la valoración por cirugía se sospecha de un cuadro obstructivo y se somete a laparotomía. Se encuentra fístula colecistoduodenal a la primera porción, colecistitis con múltiples litos, lito de 8 x 5 cm en válvula ileocecal. Se realiza colecistectomía, fistulectomía con cierre primario duodenal en dos planos, y enterotomía a 15 cm de la válvula ileocecal con extracción de lito y cierre primario en dos planos. **Resultado:** Paciente con estancia corta en terapia intensiva para control electrolítico y metabólico, posteriormente manejada en piso de cirugía general y egresada a su domicilio con exitoso control por la consulta externa. **Conclusión:** El íleo metabólico por fístula colecistoduodenal es una entidad poco común con etiología e incidencia por colelitiasis del 2% por lo que no se debe descartar en pacientes con cuadros de colecistitis crónica y datos clínicos y radiográficos de íleo.

TC-002

TUMOR GÁSTRICO BENIGNO. REPORTE DE UN CASO

Gómez ZJJ, Soto Amaro J, Reynaga Morelos D, Salvador GR, Torres MM. Hospital General "Fernando Quiroz Gutiérrez", ISSSTE

Antecedentes: Los tumores benignos del estómago son lesiones poco frecuentes, detectados durante la endoscopia rutinaria. Representan menos 2% de los tumores gástricos. Presentan ocasionalmente complicaciones hemorrágicas y obstructivas del tracto de salida gástrico y dolor. Pueden experimentar transformación maligna. Los principales son los tumores epiteliales 75% y mesenquimatosos 25%. **Objetivo:** Dar a conocer un caso, en el que a pesar del manejo endoscópico de los de los pólipos mesenquimatosos, se cuenta con alternativa quirúrgica para estos de base amplia o cerca de la unión gastroesofágica. **Caso clínico:** Paciente masculino de 66 años con antecedentes patológicos de hipertrofia prostática benigna intervenido por prostatectomía abdominal sin incidentes, presentando en el postoperatorio sangrado de tubo digestivo caracterizado por hematemesis y melena, con alteraciones hemodinámicas, por lo que se realiza estabilización hemodinámica y panendoscopia reportando restos de sangrado antiguo, y en curvatura menor en la unión gastroesofágica, lesión tumoral polipoide de 4 cm de diámetro en su

base y 6 cm de diámetro mayor con excavaciones ulcerosas de 8 mm, cubierta por fibrina sin evidencia de sangrado. Se realiza serie esófago gastroduodenal de doble contraste reportando tumor polipoide de 6 cm de diámetro con concentración de medio de contraste en el área ulcerada. **Discusión:** Los pólipos mesenquimatosos son solitarios, bien delimitados y de configuración esferoidal, localizada en la submucosa, y la mucosa puede estar ulcerada y con hemorragia franca, localizados en antro y en la unión esofagogástrica, y con transformación maligna probable, pudiendo realizarse el diagnóstico con un estudio baritado doble contraste. En estos no es necesaria una resección radical, siendo suficiente una resección segmentaria con una asa mediante endoscopia, con biopsias y endoscopias de control periódicas. Sin embargo para los pólipos de base amplia así como en el cuerpo del estómago y cardias es preferible una gastrotomía con una resección parcial. **Resultados:** El paciente se somete a cirugía selectiva encontrando tumor en la curvatura menor muy cerca de la unión esofagogástrica por lo que se realiza disección, corte y ligadura de los vasos cortos, corte del ligamento hepatogástrico, gastrotomía anterior con resección completa del pólipo con bordes libres y cierre en dos planos de la gastrotomía, recolocación de la sonda de Levin y colocación de drenajes. El paciente pasa a piso de cirugía general con buena evolución, picos febriles ocasionales, tolerando la vía oral a los 10 días postquirúrgicos y a los 14 días posteriores de la cirugía el paciente presenta crisis convulsivas simples, Evento Vascular Cerebral tipo hemorrágico falleciendo a las 24 horas posteriores. **Conclusión:** La cirugía es otra alternativa aceptable para los pólipos benignos de estómago de base amplia y para los ubicados en el cuerpo gástrico y el cardias.

TC-003

ÚLCERA DUODENAL PERFORADA. REPORTE DE UN CASO

Gómez ZJJ, De la O HSG, García GL, Reyes TJ, Bernal G. Hospital General "Fernando Quiroz Gutiérrez", ISSSTE

Antecedentes: La enfermedad ácido péptica tiene características de inflamación y ulceración de la mucosa del tubo digestivo, dado que los factores defensivos de la mucosa son insuficientes. Es muy común que los pacientes con EPOC, tabaquismo y enfermedad ácido péptica presentan perforación con una frecuencia del 5 al 10%, con manifestaciones de abdomen agudo, siendo el diagnóstico difícil y tardío en pacientes ancianos y aquellos que usan esteroides. **Objetivo:** Dar a conocer un caso clínico con úlcera duodenal perforada en el que se obtuvo un rango quirúrgico beneficioso y de buen pronóstico con menos de 24 horas de contaminación abdominal. **Caso clínico:** Paciente femenina de 82 años de edad con antecedentes familiares con rama materna positiva para diabetes mellitus, cardiopatía isquémica e hipertensión arterial; con antecedentes personales patológicos de hipertensión arterial y angor manejada con vasodilatadores y con antiagregantes plaquetarios tipo ácido acetilsalicílico durante 3 años, y antecedentes quirúrgicos de amigdalectomía y plástia umbilical. Su padecimiento lo inicia cuatro días previos a su ingreso con dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio, automedicando metamizol con aumento en la intensidad del dolor, ingresando a urgencias con cuadro presuntivo de colecistitis litiasica agudizada, ingresado a piso de cirugía general donde presenta agudización del cuadro y datos de abdomen agudo, pasando a quirófano con diagnóstico prequirúrgico presuntivo de hidrocolecisto; se realiza laparotomía exploradora con hallazgos de hidrocolecisto y úlcera duodenal perforada en la primera porción y biliperitoneo; Se realiza colecistectomía, ulcerectomía y piloroplastia con vagotomía troncular y plástia abdominal. **Discusión:** El manejo recomendado de urgencia en pacientes con úlcera gástrica o duodenal es ulcerectomía con cierre primario en dos planos o solamente colocación de parche de Graham. Nosotros realizamos en nuestro caso vagotomía troncular, ulcerectomía y piloroplastia en un paciente añoso, con buena calidad tejidos y con contaminación de biliperitoneo de unas cuantas horas de evolución buscando el mejor pronóstico a corto y largo plazo. **Resultados:** La paciente pasa a terapia intensiva con estancia durante 2 días, reingresando a piso de cirugía general en condiciones estables, manejándola con líquidos, antibióticos, anal-

gesia y descompresión con sonda de Levin hasta la 2da porción duodenal y Nutrición Parenteral. A los siete días inicia la vía oral y a los diez días egresa a su domicilio, presentando al mes infarto agudo al miocardio falleciendo. **Conclusión:** La cirugía de la úlcera duodenal y gástrica es recomendable realizar vagotomía troncular, ulcerectomía, cierre primario y piloroplastía, en pacientes con contaminación abdominal menor de 24 horas, con un buen estado nutricional, buenos tejidos y con predilección en pacientes jóvenes. Es un procedimiento de buen pronóstico, resolutorio y que consume poco tiempo usado en abdomen agudo de urgencia, tomando en cuenta otras alternativas quirúrgicas en el abdomen con contaminación menor o mayor de 24 horas en procedimientos de urgencia.

TC-004

DIVERTÍCULO DE MECKEL GIGANTE. REPORTE DE UN CASO
Gómez ZJJ, De la O HSG, Reyes TJ, Arzate OC. Hospital General "Fernando Quiroz Gutiérrez", ISSSTE

Antecedentes: La enfermedad diverticular del intestino delgado puede ser congénita con divertículos verdaderos, o adquirida con divertículos falsos. El divertículo de Meckel es verdadero que resulta del cierre incompleto del conducto onfalomesentérico o vitelino, con una proyección ancha del lado antimesentérico del íleon, de 45 a 60 cm de la válvula ileocecal, con tejido gástrico o pancreático heterotópico, de origen benigno. Estos causan hemorragia, síntoma más común en la niñez, perforación y dolor. Su frecuencia es del 2% en la población general. **Caso clínico:** Paciente masculino de 17 años de edad con antecedentes familiares con rama paterna para hipertensión arterial y sin antecedentes patológicos de importancia. Inicia cuadro de dolor abdominal 7 días previo a su ingreso con dolor tipo cólico en región de cuadrante inferior derecho de moderada intensidad, medicado sin remisión de la sintomatología. Acude al servicio de urgencias con incremento del dolor, febrícula y signos apendiculares positivos, laboratorio normal, decidiendo ingresar a quirófano con diagnóstico de apendicitis aguda. En quirófano se tienen los hallazgos de apendicitis fase II con 50 cc de líquido de reacción, por lo que se explora íleon terminal encontrando a 50 cm de la válvula ileocecal divertículo de Meckel de 15 cm de longitud y 5 cm de base, realizando resección de 8 cm de longitud de íleon con entero-entero anastomosis termino terminal. **Discusión:** El divertículo de Meckel puede ser un montículo pequeño, o largo frecuentemente corto y relativamente ancho. Este divertículo asintomático que casualmente encontramos en la laparotomía en adultos existen autores que recomiendan que no debe extirparse, puesto que la probabilidad de que cause síntomas en el adulto es del 2% y la morbilidad por extirpación casual es del 12%, siendo esta nuestra primer disyuntiva. Segundo si decidimos resecarla que técnica utilizar, diverticulotomía o resección intestinal. **Resultados:** El paciente evoluciona satisfactoriamente con inicio a la tolerancia a la vía oral al séptimo día postquirúrgico y se egresa al décimo con excelente control por la consulta externa. **Conclusión:** Los pacientes con enfermedad diverticular con base mayor de 2 cm de base para tener una expectativa de éxito realizamos resección intestinal. Autores reportan que la incidencia de complicaciones de un divertículo puede elevarse hasta un 9% en la población por lo que se realizó la resección.

TC-005

DRENAJE PERCUTÁNEO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO INFECTADO

Manzano CA, Juárez RR, López HC, Valenzo SJ. Hospital General "Dr. Donato G Alarcón". Cd. Renacimiento, Acapulco, Guerrero. Méx.

El drenaje percutáneo de los abscesos es un procedimiento que se utiliza cada vez con más frecuencia, ya que evita una cirugía mayor, logrando un drenaje adecuado y suficiente, impidiendo la contaminación de la cavidad peritoneal. El caso que presentamos es de un hombre de 69 años de edad, con antecedentes de alcoholismo crónico; inicia su padecimiento 5 días previos a su ingreso, posterior a la ingesta de bebidas alcohólicas en moderada cantidad y copiosa ingesta de alimentos grasos, iniciando con dolor epigástrico inten-

so, irradiado en barra a todo el hemiabdomen superior izquierdo, acompañado de náuseas y vómito de contenido gástrico en 20 ocasiones, sensación de plenitud. A la exploración física se encuentra con tensión arterial de 170/90, f c 102x', t 37°c. Dextrostix 120; consciente orientado quejumbroso con mucosas orales secas ++, taquicárdico, con hipoventilación en ambas bases pulmonares, el abdomen distendido, timpanismo generalizado, peristalsis disminuida, sin visceromegalias. El laboratorio reporta Hb. 13.3, leucocitosis de 13400, hto 40,7, Ca 7.9, amilasa sérica de 715 lipasa de 873, TGO 370. Se tomo Rx simple de abdomen observándose opacidad difusa generalizada (vidrio despulido) probablemente secundario a líquido libre, el ultrasonido un día después reporta páncreas de manera difusa con aumento en sus diámetros que sugieren la posibilidad de pancreatitis edematosa, el espacio subhepático y fosa de Morrison con presencia de liquido libre. Su manejo inicial es médico, reposición de líquidos, analgésicos, antibióticos, SNG a derivación, Con aceptable evolución siendo egresado por mejoría el 4º día; tres semanas después se reingresa al servicio por iniciar nuevamente con dolor epigástrico que se irradia al hipocondrio izquierdo y a la escápula del mismo lado, ataque el estado general hipertermia no cuantificada, náuseas sin llegar el vómito la exploración física hipertermia de 39.5°c mucosas orales secas ++, ictericia +++, abdomen globoso, en epigastrio se palpa masa tumoral de aproximadamente 15 cm. Es blando depresible doloroso a la movilización causa por la cual se practicó ultrasonido encontrándose: Páncreas ecogénico de bordes poco precisos, hacia el espacio suprapancreáticos se observa una gran colección heterogénea que muestra detritus celulares libres en su interior y está en relación a proceso de pseudoquiste infectado midió 81 X 55 X 24 mm, mostrando paredes gruesas e irregulares, el laboratorio reportó anemia con 8.8 de hemoglobina, leucocitosis de 18,300, hiperbilirrubinemias de 9.24 de la directa y de 3.56 de indirecta, TGO de 408, TGP 411, amilasa de 307 la química sanguínea y los tiempos de coagulación normales. El manejo se realizó con ceftriaxona más metronidazol, analgésicos y una vez estabilizado se somete a drenaje percutáneo dirigido por ultrasonido con catéter de usos múltiples extrayendo material purulento fétido en aproximadamente 700 ml. Se tomó cultivo de secreción el cual reportó *Staphylococcus simulans* sensible a cefalotina, con un gasto de 160 ml durante una semana disminuyendo gradualmente hasta 30 ml, por último se realiza TAC para determinar el daño pancreático, observándose grasa peripancreática aumentada de densidad páncreas con bordes difusos y heterogéneos con escaso parénquima. **Conclusiones:** El drenaje percutáneo fue de gran utilidad en este paciente ya que evitó la contaminación de la cavidad peritoneal en un paciente en malas condiciones para un procedimiento quirúrgico abierto.

TC-006

PERFORACIÓN INTESTINAL POR OBJETO EXTRAÑO (PALILLO DE DIENTES)

García CS, Guibovich SV, Mejía CG, García CSS. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Hospital General Balbuena. México, Distrito Federal

Antecedentes: Presentamos el caso de un paciente adulto masculino con perforación intestinal por objeto extraño. **Objetivo de estudio:** Conocer las posibles complicaciones de la ingesta de cuerpos extraños. **Informe del caso:** Paciente masculino de 33 años, con dolor abdominal tipo cólico de 36 horas de evolución, localizado en epigastrio irradiándose hacia hueso pélvico, distensión abdominal y ausencia de canalización de gases. Como único antecedente de importancia: apendicetomía a los 15 años. Acude con taquicardia de 110 por minuto y leucocitosis de 15,200/μL, con el resto de exámenes dentro de parámetros normales. A la exploración física con dolor a la palpación generalizada de abdomen, datos de irritación peritoneal y peristalsis abolida. La radiografía de abdomen muestra la presencia de niveles hidroaéreos en flanco derecho. Se le realiza laparotomía exploratoria en nuestra institución, identificando placas fibrinopurulentas a lo largo de intestino delgado con perforación por un palillo de madera localizada a los 140 cm del ángulo de Treitz,

realizándose cierre primario de la lesión, siendo egresado al quinto día por mejoría. **Discusión y conclusiones:** La deglución es la forma más común en la que los cuerpos extraños ingresan al tracto gastrointestinal. Según la bibliografía el 80% de la ingesta ocurre en niños entre los 2 y 4 años, aunque también es frecuente en pacientes con retraso mental, psiquiátricos y presos. Los objetos deglutidos incluyen una gran variedad y dependiendo de sus características puede atravesar el tracto gastrointestinal normal, impactarse, obstruir o en ocasiones causar perforación, aunque esto representa sólo el 1%, siendo el apéndice, duodeno y ciego los sitios más comunes de perforación. Otras complicaciones incluyen: formación de abscesos, hemorragia y fístulas. El tratamiento dependerá de las características del objeto y su ubicación, pudiendo resolverse por eliminación espontánea, endoscopia o tratamiento quirúrgico en casos ya complicados como el que presentamos.

TC-007

PORCENTAJE DE CONVERSIÓN DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA (CCT-LAP) EN UN HOSPITAL GENERAL DE ZONA DEL ESTADO DE HIDALGO

Ruiz-Roque R, Gómez-Rodríguez R, Hernández-Rivera D, Muñoz-Lozano V, Icazbalzeta-Silva J, Samperio-León R. Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar N° 8 IMSS, Cd. Sahagún, Hidalgo

Antecedentes: En 1992 el Instituto Nacional de Salud de Norteamérica, considera a la CCT-Lap como Gold Standard. En nuestra unidad se inició el programa de CCT-Lap en el 2000, el cual ha continuado hasta la fecha actual. **Objetivo:** Conocer el porcentaje de conversiones de CCT-Lap a abierta, identificar sus causas y características de los pacientes. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de las cirugías laparoscópicas realizadas del 01/Ene/2000 a 01/Abr/04 en el HGZ de Ciudad Sahagún, Hidalgo. Se recabaron: características de los pacientes, diagnóstico preoperatorio y el motivo de la conversión. **Resultados:** Se operaron de 01/Ene/00 a 01/Abr/04: 216 cirugías laparoscópicas, 205 CCT, 9 funduplicaturas, 1 diagnóstica y 1 por resección de quiste de ovario. De las CCT-Lap: 176 mujeres (86%) y 29 hombres (14%), una relación 6:1, edad promedio de 41 años. Todas las cirugías fueron electivas, 171 eran CCL (84%) y 34 colecistitis alitiásica (16%). Hubo 10 conversiones: 4 por sangrado arterial o del lecho, 3 adherencias, 2 vesículas escleroatróficas y una por daño del insufador. De estas 7 fueron mujeres (70%) y 3 hombres (30%), edad promedio de 44 años. El porcentaje global de conversiones fue de 4.8%. **Discusión:** La edad, género, diagnóstico preoperatorio y causas de conversión son similares a lo que se reportan en la literatura mexicana actual. El índice de conversión se encuentra en el rango de lo reportado por la literatura, la cual de 0.33% al 5.8%. Al separar la cirugías y conversiones por año hay una reducción de cirugías y un incremento de conversiones, dado por el ingreso de miembros al equipo quirúrgico con menor experiencia. No existió ninguna lesión de la vía biliar. **Conclusiones:** La CCT-Lap es un procedimiento seguro en cirujanos bien entrenados, sin embargo existen condiciones desfavorables durante la cirugía, por lo que el cirujano debe estar capacitado para decidir acertadamente el momento de una conversión.

TC-008

REPORTE DE CASO DE COLECISTITIS ALITIÁSICA GANGRENADA, POR TUBERCULOSIS PERITONEAL

Abisai AAA, Canales PG. Hospital Metropolitano "Bernardo Sepúlveda" San Nicolás de los Garza N.L.

Femenino, 49 años. **Antecedentes:** Desnutrida. Epilepsia, tratada con difenilhidantoína. Resto sin relevancia. **Padecimiento actual:** Inicia hace 15 días con caída de su propia altura, golpeando sobre hipocondrio y flanco derecho. Presenta dolor en abdomen, difuso, muy intenso. Constipación, obstipación en la última semana, además el dolor se incrementa de intensidad. Ataque al estado general, desorientación, habla incoherente, diarrea, náusea y vómito.

Fiebre no cuantificada. Vitales: FC 134, FR 16, Temp 36.5, Ta 100/50. **Exploración física:** Glasgow 11. Mucosas secas. Abdomen globoso por distensión, peristalsis abolida, hiperestesia e hiperbaralgia positivos, resistencia muscular involuntaria, dolor a la palpación superficial de todo el abdomen. Dolor a la descompresión, timpánico a la percusión. Genitales sin alteraciones. Tacto vaginal, sin identificar masas, no leucorrea. BH, Hb 9.0, plaquetas 52 mil, leucocitos de 4,000, bandas 29%. Albúmina 1.4, Gases arteriales normales. Rx de abdomen: dilatación de asas de delgado, edema entera. Eco de abdomen: abundante líquido libre. Se pasa a quirófano con diagnóstico de sepsis intraabdominal, probable perforación de víscera hueca. Los hallazgos son: abundante material purulento en cavidad, vesícula biliar gangrenada en su totalidad, salpingitis bilateral, con salida de material caseoso. En el postoperatorio, presenta choque, no respondió a manejo de triple inotrópico y falleció. El resultado de los cultivos fue positivo para bacilo tuberculoso. Se concluyó una tuberculosis genital que ocasionó una colecistitis aguda gangrenada.

TC-009

REPORTE DE UN CASO. HIDROTÓRAX IATRÓGENO Y SU EVALUACIÓN POR TORACOSCOPIA

Avendaño AAA, Villalón M. Hospital Metropolitano "Bernardo Sepúlveda" San Nicolás de los Garza N.L.

Se trata de femenino de 19 años. Antecedente de tabaquismo ocasional. **Padecimiento actual:** Se encuentra cursando embarazo de 33 semanas, el cual es terminado por cesárea por eclampsia. La paciente es manejada por el servicio de UTIA, donde se le coloca un catéter central vía punción subclavia. Se solicita Rx de tórax de control, la cual muestra el catéter central. Unas horas después, la paciente presenta dolor torácico, doce horas después de la colocación del catéter, la paciente presenta discreta disnea. Los signos vitales se encuentran FC 115, FR 31, TA 97/57, PAM 78, PVC 7, Tem 35.8. **Exploración física:** Campos pulmonares, del lado derecho, ruidos ventilatorios velados, no estertores. Disminución en la transmisión de la voz, matidez a la percusión. Del lado izquierdo, buena entrada y salida de aire. Exámenes de laboratorio sin alteraciones relevantes. Se toma RX de tórax, donde se demuestra derrame pleural muy importante de hemitórax derecho. Se decide realizar toracoscopia pensando en un sangrado por la punción. Se obtienen 2,000 ml de sangre diluida, obteniendo el diagnóstico de hidrohemothorax. Se observa el catéter central dentro de tórax. La toracoscopia se realiza introduciendo trocar de 10 mm, sitio donde se coloca la sonda intrapleural. El hidrotórax iatrogénico es una complicación de las punciones subclavia y la toracoscopia una técnica buena para resolverlo.

TC-010

DILATACIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL. INFORME DE UN CASO

Olmos CJ, González MCA, González ZPA. Departamento de Cirugía General HGZ No. 36 IMSS Coahuila de Zaragoza, Ver.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con dilatación congénita de la vía biliar principal y su tratamiento, debido a su baja frecuencia y al riesgo elevado a desarrollar colangiocarcinoma. **Presentación:** Femenino de 26 años de edad con cuadro clínico de dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio, intolerancia a los colecistoquinéticos, además de ictericia conjuntival, acude a urgencias manejándose con analgésicos, se efectúa USG reportando vesícula normal, hígado normal, colédoco proximal de 7 mm, colédoco distal dilatado de 35 mm con microlitos en su interior, se ingresa a piso se solicitan exámenes reportando BHC, QS, TP, TPT normal, PFH normales, Se efectúa CPRE reportando quiste de colédoco fusiforme tipo I se programa para intervención quirúrgica efectuando la resección del quiste de colédoco y colecistectomía así como hepaticoyunoanastomosis en Y de Roux, se encuentra quiste de colédoco de 6 x 4 cm que abarca desde el hepático común hasta páncreas, evo-

lucionando satisfactoriamente, tolerando vía oral al cuarto día de operada, egresándose al 7mo día, es vista en la consulta, con molestias propias de la cirugía; encontrándose anictérica y con herida quirúrgica bien cicatrizada, USG de control normal. Exámenes de control con BHC, QS, TP, TPT y PFH normales. **Conclusiones:** 1. Es un padecimiento poco frecuente. Se encuentra uno en 100,000 a 150 000, 20 a 30% se diagnostica en adultos. 2. Tiene una incidencia elevada de desarrollar colangiocarcinoma, de ahí la importancia de la resección del quiste. 3. El tipo I continúa siendo el más frecuente, reportándose así en la literatura mundial.

TC-011

ESCLEROTERAPIA COMO ALTERNATIVA DE MANEJO EN NEOPLASIA QUISTICA MUCINOSA DE PÁNCREAS. INFORME DE UN CASO

Olmos CJ, González MCA, Bravo EG, González ZPA. Departamento de Cirugía General HGZ No. 36 IMSS Coatzacoalcos, Ver.

Objetivo: Informar sobre la alternativa de manejo con escleroterapia en un paciente con cistoadenoma mucinoso de páncreas. **Informe del caso:** Masculino de 31 años de edad con meses de evolución con tumoración a nivel de flanco y fosa iliaca derecha con aumento progresivo de volumen y pérdida ponderal de 10 kg, manejado extrahospitalariamente, solicitándole USG y TAC que reportan gran tumoración, retroperitoneal, sometido a cirugía encontrando dicha tumoración uniforme loculada que abarca de epigastrio a hipogastrio con cápsula gruesa; se abre y drena obteniendo 6 litros de material mucoso amarillento, manejándose como pseudoquiste pancreático; evolucionándose tórpidamente enviándose a nuestra institución en estado de desnutrición, anemia y sepsis; efectuándose USG reportando imagen de absceso drenado de modo percutáneo, volviéndose a formar siendo de gran tamaño por lo que se decide manejo quirúrgico encontrando abdomen congelado no logrando reseccionar la lesión, tomándose solo biopsia de la cápsula con reporte de cistoadenoma mucinoso decidiéndose su manejo a base de escleroterapia con alcohol al 80% 50 cc diarios a través de 3 drenes durante 12 días, evolucionando con un pequeño absceso que se drenó en forma percutánea, con seguimiento y control posterior radiológico y con TAC reportados como normal. **Conclusión:** La rareza de quistes neoplásicos conlleva a diagnósticos errados y cirugías inapropiadas. Los pacientes manejados en forma inadecuada pueden terminar con neoplasias irresecables. La escleroterapia puede utilizarse como alternativa de manejo en pacientes tratados inicialmente de modo inadecuado, obteniéndose buenos resultados y mejorando el pronóstico de los mismos.

TC-012

PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA Y APENDICITIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ramírez CG, De la Peña MS, Arreola VB, García HG, Tenorio TJA, Calvillo BAG, Almaraz CGD, Saavedra BD, Liho NA. Departamento de Cirugía General Hospital General Tacuba ISSSTE. México, D.F.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Introducción:** La púrpura se caracteriza por una destrucción exagerada de plaquetas. Existen cuadros agudos y crónicos, la púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), es crónica, su etiología es probablemente secundaria a infecciones que favorecen la formación de autoanticuerpos. Son características principales las equimosis, petequias, melena y en un 25% esplenomegalia. En los cuadros de resolución quirúrgica urgente, son útiles la administración de concentrados plaquetarios, esteroides y en algunos casos la esplenectomía. **Caso clínico:** Masculino de 46 años, madre con cáncer de colon, presenta tabaquismo importante, con púrpura trombocitopénica idiopática. Se refiere una evolución de tres días caracterizado por dolor abdominal migratorio a fosa iliaca derecha, con ataque al estado general. TA de 120/70, FVM:100x', FR:22X', con francos datos de irritación peritoneal, por el laboratorio se reportan 19,800 leucos/mm³, neutrofilia y bandemia. Tan sólo 2,000 plaquetas /mm³. Rx

con asa fija en FID, USG sin hepatoesplenomegalia. Se realiza aspirado de médula ósea reportándose normocelularidad y disminución de megacariocitos. Se transfunden 40 concentrados plaquetarios con metilprednisolona sistémica, se realiza laparotomía exploradora con tan sólo 7,000/mm³ preoperatorias, encontrando apendicitis perforada. Evolución satisfactoria con aplicación de esteroides y concentrados plaquetarios. **Conclusión:** La corrección de la púrpura crónica, es de difícil control, en el abdomen agudo quirúrgico urgente, se complica más. Son útiles los esteroides e incluso se refiere la administración de azatioprina. Es recomendable el uso de concentrados plaquetarios en el transoperatorio. El diagnóstico de PTI se realiza encontrando megacariocitos, morfológicamente normales en el aspirado de médula ósea.

TC-013

DIVERTÍCULO DE ZENKER. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Arreola VB, De la Peña MS, Ramírez CG, García HG, Tenorio TJA, Calvillo BAG, Almaraz CGD, Saavedra BD, Liho NA. Departamento de Cirugía General Hospital General Tacuba. México, D.F.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Introducción:** Descrito inicialmente por Ludlow y Zenker en 1768, su fisiopatología involucra la falta de músculo del triángulo de Killian, inicialmente manifestado como una protusión posterior de mucosa, que pierde elasticidad y se hace permanente. No existe una estadística confiable, en la población en general, sobre su incidencia. Se presenta con una frecuencia de 0.5-1% en las series reportadas. La prevalencia es los varones, 2 a 1. El protocolo de estudio incluye estudios contrastados y endoscopia. El manejo actual es controvertido en relación a la invaginación, pexia o resección. **Caso clínico:** Masculino de 56 años, con antecedente de tabaquismo importante, portador de hipertensión arterial de larga evolución controlado con captopril. También es portador de DM, controlado con hipoglicemiantes orales, durante 10 años. Se refieren cuadros infecciosos de vías respiratorias, se presentó disfagia intermitente a sólidos. En el último mes se refiere regurgitación de alimentos no digeridos. A la exploración física se encuentra sin ataque al estado general, con TA de 140/90, FVM.80x', FR18x', temperatura 37° C. No se palpan masas cervicales, sin cadenas ganglionares; no se integran síndromes pleuropulmonares agudos; abdomen sin datos importantes. Se demuestra divertículo de Zenker de aproximadamente 6 cm en el esofagograma. Sometido a diverticulectomía y esfinterotomía. Evolución satisfactoria. **Conclusión:** El crecimiento diverticular es paulatino, numerosos casos se mantienen asintomáticos. En ocasiones la sintomatología principal es por la regurgitación y los cuadros de infección de vías respiratorias, episodios de regurgitaciones con alimentos sin digerir, ocasionalmente sangrado de los mismos. La frecuencia de cáncer en los mismos es de 0.4%. Nosotros apoyamos la diverticulectomía y el corte del esfínter esofágico superior.

TC-014

MASA TIROIDEA COMPRESIVA COMO CAUSA DE ASFIXIA

Saavedra BD, Ramírez CG, De la Peña MS, Arreola VB, García HG, Tenorio TJA, Calvillo BAG, Almaraz CGD, Liho NA. Departamento de Cirugía General Hospital General Tacuba ISSSTE. México, D.F.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Introducción:** La mayoría de las nodulaciones tiroideas son adenomas. En la niñez y en los ancianos, son frecuentes las tumoraciones malignas. El riesgo se incrementa cuando existe exposición a radiaciones de cabeza y cuello, debe sospechase si existen cadenas ganglionares evidentes. El protocolo de estudio es extenso, la TAC, no es indispensable, salvo en los casos muy grandes o invasión a tórax. **Caso clínico:** Femenina de 84 años, ingresa con dificultad respiratoria, al servicio de urgencias, secundaria a compresión de masa tiroidea. Sin antecedentes de importancia. Se refiere un año de evolución con crecimiento de dicha masa, en la cara anterolateral de cuello. Se niega ataque al estado general, sólo episodios aislados de disfagia a sólidos. No se refiere pérdida ponderal. A la explora-

ción física se encuentra masa cervical de 15x15 cm, adherida a planos profundos, quística a tensión, no dolorosa, con transluminación positiva. Sin palpar adenomegalias, se encuentran mamas con ulceraciones y zonas pétreas en forma bilateral con retracción del pezón. No se integran síndromes pleuropulmonares agudos, abdomen sin datos de importancia. Rx de cuello con rechazamiento lateral de tráquea. USG con masa dependiente de tiroides, BAAF negativo para neoplasias en tiroides y mama. Se somete a traqueostomía y lobectomía derecha con anestesia local, el servicio de anestesia solicita un broncoscopista y no se cuenta con él en nuestra unidad. Evolución satisfactoria, reporte de patología final: Cistoadenoma seroso papilar. **Conclusión:** La lobectomía tiroidea está indicada en los casos de recidiva después de tres aspiraciones; los signos que favorecen la lobectomía son la presencia de obstrucción ronquera, disfga o lesión de cuerdas vocales.

TC-015

CÁNCER DE CIEGO VS TUBERCULOSIS DE CIEGO

Ramírez CG, De la Peña MS, Arreola VB, García HG, Tenorio TJA, Calvillo BAG, Almaraz CGD, Saavedra BD, Liho NA. Departamento de Cirugía General Hospital General Tacuba ISSSTE. México, D.F.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Introducción:** En Latinoamérica la tuberculosis intestinal ha disminuido a un 3 a 5%, sobre todo en la población activa de 30 a 40 años, prevalece el sexo femenino. La infección primaria es rara, con alta predisposición en la región ileocecal, probablemente por la cantidad de tejido linfático existente. Las formas más comunes son las ulcerativas, el cuadro clínico incluye dolor abdominal vago y episodios de distensión abdominal. Las pruebas serológicas pueden ser negativas. La inflamación más activa se presenta en la submucosa, con hiperplasia linfoide presencia de tubérculos y fibrosis. **Caso clínico:** Femenina de 43 años, con antecedente de lupus eritematoso sistémico, controlado con azatioprina y prednisona. Tabaquismo importante. Se refiere pérdida de peso de 9 kg, en el último año, fiebre intermitente en los últimos meses. Refiere masa abdominal palpada en último mes. A la exploración física: desnutrición moderada TA de 110/70, FVM: 80x', FR: 18x', Cardiorrespiratorio sin integrar síndromes pleuropulmonares agudos, en FID masa palpable de 4x5 cm adherida a planos profundos, no dolorosa, de bordes mal definidos. Urografía sin alteraciones, colon por enema con defecto de llenado en ciego. TAC con obstrucción del ciego casi del 100%. Catalogado como cáncer de colon sometido a hemicolectomía derecha e ileo-trasverso anastomosis. Evolución satisfactoria. Reporte de patología: tuberculosis de ciego. **Conclusión:** La tuberculosis intestinal puede ser primaria o secundaria. Es más frecuente en mujeres de 30 a 40 años. Un diagnóstico diferencial importante es la presencia de cáncer por lo que es recomendable la exploración quirúrgica.

TC-016

APENDICITIS POR CATÉTER DE TENCHKOFF. PRESENTACIÓN DE UN CASO

De la Peña MS, Escamilla OA, Ramírez CG, Arreola VB, García HG, Ramírez RE, Calvillo BAG, Saavedra BD, Liho NA. Departamento de Cirugía General Hospital General Tacuba ISSSTE. Méx, D.F.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Introducción:** La inflamación del apéndice cecal es de las patologías más frecuentes en cirugía. Los fecalitos son la primera causa del proceso inflamatorio, las manifestaciones clínicas son típicas dolor migratorio irradiado a fosa iliaca derecha, anorexia, náusea con leucocitosis moderada. Sin embargo, los pacientes con enfermedades concomitantes, como diabetes, no tienen un cuadro típico. **Caso clínico:** Femenino de 54 años, con diálisis peritoneal, con catéter de Tenchkoff, desde hace 3 años. Ingresó al servicio de medicina interna por insuficiencia respiratoria. Se agrega dolor abdominal difuso 7 días después, tratado con antibióticos como peritonitis primaria durante 20 días, se realizan citoquímicos en donde la celularidad oscila alrededor de 1,000/mm³. Existe salida de líquido de catéter turbia

y posteriormente intestinal, con disfunción del catéter 14,000 leucocitos/mm³, sin alteración en su vitalografía. Se somete a laparotomía exploradora, encontrando 2,000 cc de material purulento intestinal, el catéter de Tenchkoff se encuentra envuelto por el apéndice cecal formando parte de un plastrón inflamatorio que también involucra íleon terminal encontrando perforación de íleon. La paciente en franco choque séptico fallece a las 4 horas con falla orgánica múltiple. **Conclusión:** Tenemos un ejemplo típico de retraso en un diagnóstico de una patología relativamente fácil de diagnosticar, en donde existen múltiples factores que retardan un diagnóstico oportuno. El estado inmunocomprometido de los pacientes diabéticos, el uso de antibióticos y analgésicos en los cuadros de abdomen agudo pueden incrementar la morbi-mortalidad hasta 68%. Presentamos un caso no reportado en la literatura mundial.

TC-017

ABDOMEN AGUDO POR DIVERTICULITIS YEYUNAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

De la Peña MS, Gidi TC, Ramírez CG, Arreola VB, García HG, Tenorio TJA, Calvillo BAG, Almaraz CGD, Saavedra BD, Liho NA. Departamento de Cirugía General Hospital General Tacuba ISSSTE, Tacuba. México, D.F.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Introducción:** Los divertículos de intestino delgado son entidades de muy baja frecuencia, llegando a ser de hasta 1%. En general pueden ser únicos o múltiples, verdaderos, es decir, incluir todas las capas intestinales presentes, la diverticulitis se presenta hasta en un 6-10%, la mayoría de estos divertículos son asintomáticos, el grupo etario más afectado está por arriba de los 60 años. **Caso clínico:** Femenino de 56 años, con antecedentes de tiroidectomía total por bocio, portador de gastritis crónica, manejado con inhibidores de bomba. Tabaquismo moderado. Su padecimiento actual lo refirió 72 h antes de su ingreso, con dolor abdominal generalizado de moderada intensidad, aparentemente tipo cólico, que disminuyó a la aplicación de antiespasmódicos. A su ingreso se agrega náusea y vómito de contenido gástrico, agregándose fiebre. A la exploración física se encuentra consciente, deshidratado, con TA de 100/60, FC 100x', FR 24x', temperatura de 38.4° C. Sin manifestaciones de falla cardiorrespiratoria aguda. Abdomen distendido, con resistencia muscular, hiperestesia e hiperbaralgia, con descompresión positiva, sin peristalsis, al tacto rectal con dolor muy importante. Se reporta por el laboratorio con leucocitosis de 16,000, con neutrofilia y bandemia. Rx de abdomen con asas de delgado fijas a fosa iliaca derecha. Se cataloga como apendicitis y es sometido a laparotomía exploradora, encontrándose, divertículo yeyunal inflamado, con natas de fibrina hiperémico y edematoso a 40 cm de ángulo de Treitz. Se realiza resección intestinal con enteroentero anastomosis. **Conclusión:** Los divertículos de intestino delgado, son muy raros; su diagnóstico frecuentemente es por hallazgo transoperatorio, pueden llegar a presentar hemorragia, perforación o inflamación, produciendo un cuadro de abdomen agudo de resolución quirúrgica. Nosotros recomendamos la resección total del mismo.

TC-018

TABIQUE ESOFÁGICO INTRALUMINAL EN UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA

Almaraz CGD, Ramírez CG, De la Peña MS, García HG, Tenorio TJA, Calvillo BAG, Saavedra BD, Liho NA. Departamento de Cirugía General Hospital General Tacuba. México, D.F.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Introducción:** La perforación esofágica presenta una mortalidad de un 21%, cuando es atendida en las primeras 24 h. La tríada de Mackler (dolor torácico, vómito y enfisema subcutáneo) ésta presenta sólo en un 45%, el diagnóstico requiere material hidrosoluble con alta especificidad, cercana a un 90%. Existe un 10% de falsas negativas. La tomografía es útil en pacientes con síntomas iniciales no clásicos hasta con una especificidad de 70%. **Caso**

clínico: Femenino de 46 años portadora de artritis reumatoide, durante 8 años, manejada con nimesulide, prednisona y metotrexate. Además de DM de recién diagnóstico. Acudió a hospital privado con dolor epigástrico vago, posteriormente dolor torácico intenso, pirosis y vómito. Se realiza endoscopia reportando: Doble úlcera de tercio inferior esofágico, ingresa a UCI con cetoacidosis. Se realiza TAC, se refiere perforación esofágica con escape de "secreción". Se aborda con toracotomía posterolateral derecha, sin encontrar sitio de perforación, se realiza endoscopia transoperatoria reportándose duplicación esofágica. 4 días después se realiza esofagograma sin evidencia de fuga, con irregularidad en el tercio distal. Un mes después la paciente presenta estenosis esofágica a 24 cm de ADS, tributaria de sustitución esofágica. **Conclusión:** El tabique intraluminal esofágico es un defecto congénito, predomina en el sexo masculino, su hallazgo, en general es incidental. Se puede manifestar a cualquier edad, su frecuencia no está determinada, dada la escasez de síntomas. La TAC tiene poca sensibilidad para el diagnóstico de perforación esofágica, es más específica la realización de estudios contrastados con material hidrosoluble, para disminuir el riesgo de mediastinitis química.

TC-019

PERFORACIÓN DE ÍLEON POR CUERPO EXTRAÑO. REPORTE DE UN CASO

Mondragón RSP, Delgado CCA, Yáñez LA, Sifuentes BJH, Salinas VJC. Hospital General de Zona No. 4 IMSS. Guadalupe, Nuevo León, México

Se trata de un paciente femenino de 53 años de edad que ingresa al departamento de urgencias con dolor abdominal y diarrea de veinte horas de evolución. Sin antecedentes de importancia. Describe el dolor como constante, de distribución difusa con focalización en epimesogastrio. Niega dolor, náusea y fiebre. A la exploración física se encuentra con signos vitales estables, estado de hidratación normal y la exploración cardiopulmonar sin alteraciones. Se encontró el abdomen distendido, globoso a expensas de pániculo adiposo, con dolor a la palpación en forma difusa. El dolor, originalmente referido en región epimesogástrica, se localiza con mayor sensibilidad en fosa iliaca derecha. Como evidencia de irritación peritoneal se encontraron rebote, Rovsing y percusión plantar positivos. Se encontró además Mc Burney positivo. Los estudios de laboratorio muestran leucocitosis de 13.4 a expensas de neutrófilos (84.8%), con plaquetas y hemoglobina dentro de rangos normales. La determinación de amilasa sérica se encuentra normal. Resto de exámenes de rutina normales. Las radiografías de tórax y abdomen no muestran alteraciones significativas. Se establece el diagnóstico de apendicitis aguda y se decide someterla a apendicetomía. Entre los hallazgos se describe un apéndice cecal normal, el cual se extirpa en forma incidental. Se localiza también un sitio de reacción inflamatoria con material fibrinopurulento a nivel de fosa iliaca derecha. Se efectúa una disección minuciosa del íleon distal localizando un sitio de perforación a treinta centímetros de la válvula ileocecal. A nivel de la perforación se distingue la presencia de un mondadientes de madera. Como hallazgo adicional se encuentra un divertículo de Meckel a ochenta centímetros de la válvula ileocecal, el cual se respeta. Finalmente se realiza resección de aproximadamente diez centímetros de íleon distal incluyendo el sitio de perforación. Restableciendo la continuidad intestinal por medio de una anastomosis término-terminal. La paciente cursó una evolución satisfactoria reestableciéndose la vía oral a los cuatro días postoperatorios. Se egresa al quinto día postoperatorio con evolución satisfactoria. Al pasar el periodo de recuperación postanestésico se reinterroga nuevamente a la paciente en forma intencionada. Recordó haber cenado el día anterior un Hot-Dog con salchicha envuelta en tocino, el cual se mantenía en su posición por medio de dos mondadientes. Abrumada por el poco tiempo que tenía no le llamó la atención que el platillo originalmente tenía dos mondadientes y ella sólo había desechado uno de ellos.

TC-020

SÍNDROME DE RAPUNZEL. NUEVO REPORTE DE UNA RARA MANIFESTACIÓN DEL TRICOBEOZAR GÁSTRICO

Mondragón RSP, Delgado CCA, Yáñez LA, Sifuentes BJH, Salinas VJC. Hospital General de Zona No. 4 IMSS. Guadalupe, Nuevo León, México

Se trata de una niña de 16 años que ingresa a urgencias con tres meses con dolor abdominal ubicado en epimesogastrio y presencia de tumoración abdominal, además pérdida de 11 kg de peso. Refiere así mismo intolerancia a la vía oral, progresando de líquidos a sólidos durante las últimas semanas. A su ingreso presenta intolerancia franca a la vía oral. Cuenta con antecedente personal de onicofagia, tricofagia y pica. A la exploración física se encuentran signos vitales normales. Estado de hidratación adecuada, caquéctica con peso de 40 kg, talla de 162 cm para un IMC de 15.2. La exploración cardiopulmonar normal. En abdomen se encuentra masa fija, dolorosa, palpable en epimesogastrio y cuadrante superior izquierdo. No se encuentran datos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio de rutina se encontraron normales. La radiografía de abdomen muestra significativa dilatación de asas intestinales, así como lesión radiopaca de predominio subhepático. La TAC de abdomen muestra distensión gástrica con abundante residuo alimenticio con niveles aéreos y engrosamiento de la pared. Además de dilatación de asas de intestino delgado en toda su extensión, con niveles hidroaéreos. Concluye: imágenes sugestivas de proceso infiltrativo en intestino con patrón obstructivo sugiriendo linfoma. Se decide efectuar endoscopia superior durante la cual se observa gran masa intragástrica compuesta de alimento, plástico y –en gran proporción– cabello. Se somete a laparotomía exploradora y gastrotomía. Se encuentra tricobezoar ocupando cámara gástrica, duodeno y yeyuno. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. Siendo valorada por el departamento de psiquiatría y manejada por ambos servicios en forma ambulatoria. Tres meses después la paciente ha revertido el estado de desnutrición, con ganancia de peso significativa y sus hábitos tricofágicos están controlados. El síndrome de Rapunzel describe un tricobezoar gástrico con una larga cola, asociado con síntomas gastrointestinales. En la edad pediátrica los tricobezosares son comunes; más del 90% ocurren en niñas menores de 20 años. Hay una clara asociación con el retraso mental, pica, tricotilomanía y tricofagia. A pesar de tratarse de una entidad bien definida y de acompañarse de factores de riesgo reconocidos, los bezoares continúan siendo una condición subdiagnosticada en el ámbito clínico, siendo la mayoría de los casos reconocidos y diagnosticados sobre bases radiológicas e inclusive quirúrgicas. El diagnóstico temprano depende de perspicacia de asociar los datos clínicos y radiológicos con los factores de riesgo más prevalentes: sexo femenino, edad temprana, antecedente de cirugía gástrica, dismotilidad gástrica, retraso psicomotor, tricofagia. En estos grupos de pacientes debe de mantenerse un umbral más reducido para decidir efectuar endoscopia superior. El tratamiento es generalmente invasivo, y en el caso del tricobezoar es generalmente quirúrgico. El apoyo psiquiátrico subsiguiente es vital para prevenir una recurrencia

TC-021

ATENCIÓN TEMPRANA EN EL MANEJO DE PACIENTE CON LESIÓN PENETRANTE EN CORAZÓN

Narváez TJG, Sifuentes BJH, Salinas VJC, Mondragón RSP. Hospital General de Zona No. 21 IMSS. Monterrey, Nuevo León

Se trata de paciente masculino de 22 años de edad recibido en el departamento de urgencias con una herida penetrante de tórax con arma blanca y dos heridas adicionales en región lumbar izquierda. A su ingreso se encuentra consciente, con signos vitales en deterioro: presión arterial de 80/50, frecuencia cardíaca 130 x', frecuencia respiratoria 26 x', temperatura 35.5 C. A la exploración cardiopulmonar no se encuentran alteraciones significativas. Se inicia reanimación agresiva con cristaloides sin lograr mejoría por lo que decide someterlo a toracotomía y laparotomía exploradora. Se efectúa toracotomía anterolateral izquierda a través del sexto espacio intercostal iz-

quierdo. Inicialmente se observa hematoma pericárdico el cual correspondía a taponamiento cardiaco. Se drena el material hemático coagulado, aproximadamente 200 cc a través de pericardiotomía y se observa lesión de aproximadamente seis centímetros en pared anterior de ventrículo derecho en relación con la pared septal, la cual se cierra con un surgete continuo con prolene vascular 3-0. Se procede a la revisión del resto del miocardio encontrando una segunda herida en la cara diafragmática del ventrículo derecho correspondiendo al orificio de salida del instrumento agresor. Se procede del mismo modo al cierre del defecto con surgete con prolene vascular 3-0. Se coloca sonda de tórax. Se efectúa simultáneamente con el cierre de la toracotomía, laparotomía exploradora durante la cual no se encuentran lesiones intraabdominales ni retroperitoneales. Se calcula un sangrado total de 2,000 cc. Ingres a Unidad de Cuidados Intensivos. Se extuba a las 24 h postoperatorias. Es egresado de la Unidad a los dos días. Evolucion a favorablemente en piso. Se retira la sonda intrapleur al a los cinco días postoperatorios, y posteriormente es dado de alta. La observación de los parámetros relacionados con este tipo de lesiones favorece su tratamiento oportuno. Un paciente con herida en región precordial que no responde a la reanimación agresiva inicial tiene grandes probabilidades de estar desarrollando un taponamiento cardiaco secundaria a una lesión miocárdica. En nuestra experiencia la intervención prematura antes del desarrollo de un cuadro florido de taponamiento cardiaco mejora significativamente su evolución. Eso permite aprovechar la llamada "hora de oro", crucial en el tratamiento del paciente traumatizado.

TC-022

MANEJO DEL SÍNDROME COMPARTAMENTAL ABDOMINAL EN UN PACIENTE CON PANCREATITIS AGUDA GRAVE DE ETIOLOGÍA ALCOHÓLICA: REPORTE DE UN CASO

González SJR, Pérez GR, Ramírez NJ, Flores FM, Roveló LJE, Zanatta MJA, Badillo BA, González SJR. RIV Cirugía General, Hospital Juárez de México

Antecedentes: El síndrome compartimental abdominal es el aumento de la presión intraabdominal que ocasiona, trastornos respiratorios, hemodinámicos y renales que mejoran a la descompresión abdominal. **Objetivo:** Reporte de un caso. **Informe del caso:** Masculino de 30 años con antecedente de ingesta de bebidas alcohólicas por 4 días. Posteriormente presenta dolor transictivo en epigastrio acompañado de vómito gastrobiliar y distensión abdominal. Ingres a deshidratado con derrame pleural izquierdo, peristalsis disminuida, presión intraabdominal de 22 mm H₂O, Ranson: 2, Apache: 25, acidosis metabólica, hiperglucemia, hiperamilasemia y lipasa de 5,460, placa de tórax con elevación de los hemidiafragmas, TAC de abdomen: Baltazar C. Cuatro horas después presenta presión intraabdominal de 35 mm H₂O, oliguria que progresa a anuria, somnolencia, polipnea, hipoxia y acidosis metabólica por lo que se inicia ventilación mecánica y se realiza descompresión quirúrgica abdominal sin explorar páncreas, se maneja con bolsa de Bogota mejorando la diuresis pero presenta insuficiencia renal aguda que requiere hemodiálisis. 72 h después de la descompresión se retira de la ventilación mecánica y 7 días después se realiza cierre primario diferido. **Resultados:** Actualmente presenta diabetes mellitus. **Discusión:** La clasificación de Burch para hipertensión abdominal sugiere la descompresión abdominal para la mayoría grado 3 (25-34 mm H₂O) y para todos los grados 4 (+ de 35 mm H₂O), la pancreatitis con necrosis puede mantenerse estable siempre y cuando se mantenga estéril dichas zonas. **Conclusiones:** En pacientes con síndrome compartimental es mayor el beneficio de la descompresión ya que esta puede mejorar las condiciones del abdomen.

TC-023

PERFORACIÓN GÁSTRICA POR PLEUROSTOMÍA EN HERNIA DIAFRAGMÁTICA CRÓNICA POSTRAUMÁTICA: REPORTE DE UN CASO

González SJR, Chávez EJI, Pérez GR, Ramírez NJ, Flores FM, Roveló LJE, Zanatta MJA, Badillo BA, González SJR. RIV Cirugía General, Hospital Juárez de México

Antecedentes: La causa más frecuente de hernia diafragmática son traumatismos penetrantes y lesiones en accidentes viales, es más frecuente la hernia del hemidiafragma izquierdo en proporción 9:1. **Objetivo:** El cirujano considerará a la hernia diafragmática crónica posttraumática en pacientes con derrame pleural como diagnóstico diferencial. **Informe del caso:** Femenino de 17 años de edad con antecedente de presentar caída hace 10 años de 7 m de altura refiriendo cuadros de constipación y dificultad para canalizar gases acompañado de dolor en epigastrio. 15 días previos a su ingreso presenta disnea progresiva y dolor punzante en hemitórax izquierdo. Acude a recibir manejo médico diagnosticándose derrame pleural izquierdo por lo que se coloca sonda endopleural presentando gasto de 2,500 cc de líquido citrino y posteriormente grumoso. La paciente se deteriora drásticamente, se realizan placas y tomografía de tórax que evidencian hernia diafragmática izquierda y perforación de víscera hueca con material intestinal en hemitórax. Se interviene a la paciente encontrando hernia diafragmática izquierda de 20 cm con presencia de estómago perforado, colon transversal y bazo. Se realiza cierre primario de estómago y plastia diafragmática con material protésico y manejo postoperatorio en UCI. **Resultados:** presenta rápida recuperación. **Discusión:** En el manejo de hernia diafragmática posttraumática aguda recomendamos la reparación por laparotomía y cuando es crónica por vía toraco-abdominal, se puede emplear sutura hasta material protésico y en infecciones Surgicel de Ethicon. **Conclusiones:** En derrame pleural hay que descartar hernia diafragmática crónica posttraumática.

TC-024

LITIASIS VESICULAR GIGANTE. REPORTE DE UN CASO

García HG, De la Peña MS, Ramírez CG, Arreola VB, Calvillo BAG, Almaraz CGD, Saavedra BD, Liho NA. Departamento de Cirugía General, Hospital General Tacuba

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Introducción:** El crecimiento de cálculos biliares ha sido considerado como consecuencia de la precipitación y aglomeración del colesterol y sales biliares. La litiasis vesicular gigante (más de 5 cm) se presenta en menos del 5% de todos los casos de litiasis. Su diagnóstico es por USG y durante el transoperatorio. Es poco frecuente que se asocie a coledocolitiasis, existe alta incidencia de formar fístulas colecistointestinales. **Presentación del caso:** Masculino de 55 años, sin antecedentes de importancia, alcoholismo moderado, con ictericia obstructiva progresiva, acolia, coluria, con dolor en HCD, secundaria a la ingesta de irritantes; 4 días de evolución, afebril. TA:130/90, FC:80X', FR: 18X', Temp: 37° C, sin manifestaciones cardiorrespiratorias agudas, abdomen blando, depresible, con peristalsis disminuida, Murphy positivo, sin plastrones. No evidencia de irritación peritoneal. Por laboratorio 14,000, BT: 19.3 mg%, BD: 12.1 mg%, fosfatasa alcalina 650; Rx de abdomen con ileo localizado a hipocondrio derecho sin imágenes radiopacas, se realiza USG con litiasis vesicular. CPRE: Coledocolitiasis resuelta en el mismo procedimiento además de esfinterotomía. Se programa colecistectomía abierta y se encuentra vesícula intrahepática con un lito gigante de 8 x 5 cm. Ocupa 90% de luz intravesicular, con evolución satisfactoria. **Conclusión:** El diagnóstico de este hallazgo fue durante el transoperatorio, el USG no reportó estas características, la ictericia fue debida a la presencia de litos de menor tamaño que migraron. No obstante el tiempo de evolución no se encontró cáncer. La literatura mundial no reporta muchos caso de litiasis gigante. A pesar del tamaño nosotros no encontramos fístula colecistointestinal.

TC-025

LESIÓN DE VÍA BILIAR TRATADA EN FORMA EXITOSA CON DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA EN HOSPITAL RURAL

Molotla XC, Jiménez AL, Calzada RMA. Clínica Hospital de Campo, San Cristóbal de las Casas, Chiapas

Resumen clínico: Paciente femenino de 26 años con antecedente quirúrgico de colecistectomía abierta por colecistitis crónica litiási-

ca un mes previo. Fue egresada sin complicaciones aparentes al segundo día postquirúrgico, sin embargo, al tercer día postquirúrgico presenta ictericia, acolia, coluria y prurito generalizado. A la exploración física se observa paciente consciente, orientada, con ictericia generalizada. El abdomen blando, depresible sin irritación peritoneal sin palpar tumoración. Los laboratorios muestran: bilirrubina directa de 4.3 mg/dl, fosfatasa alcalina 833 U/L. Se efectúa CPRE preoperatoria la cual muestra ausencia del paso del material de contraste a nivel de vía biliar extrahepática. Se indica tratamiento quirúrgico con hallazgo transoperatorio de lesión de vía biliar Bismuth 3. Se decide efectuar hepaticoyeyuno anastomosis antecólica laterolateral (a nivel de la unión de ambos conductos hepáticos) en un solo plano, puntos separados, material sintético, absorbible y ferulización de anastomosis con sonda en "T" No 16 exteriorizada por contraabertura a nivel de yeyuno. Se coloca drenaje blando a derivación adyacente a hepaticoyeyuno anastomosis. Se cuantifica gasto biliar de 15 mililitros a través de drenaje blando en el primer día postoperatorio y posteriormente disminuye en forma progresiva. Se egresa en el día 9 del postoperatorio por mejoría. En la consulta externa se efectúa colangiografía a través sonda en "T" corroborando adecuada permeabilidad de anastomosis y ausencia de fístula por lo que se decide su retiro. Actualmente la paciente a los 3 meses de la intervención quirúrgica ha presentando una evolución sin complicaciones. **Conclusión:** La lesión de la vía biliar es una complicación potencialmente devastadora. Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, este tipo de lesión se ha hecho más frecuente. Si bien los mejores resultados en el tratamiento quirúrgico de este tipo de lesión se han obtenido en centros especializados de tercer nivel, en centros rurales con personal de experiencia igualmente se pueden obtener excelentes resultados.

TC-026

ENFISEMA MASIVO SECUNDARIO A PERFORACIÓN DUODENAL
De la Fuente M, Molotla XC, Calzada RMA. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Resumen clínico: Paciente femenino de 69 años inicialmente tratada en Hospital General de Zona por colecistitis crónica litiásica (colecistectomía abierta). Una semana posterior al procedimiento quirúrgico, presentó dolor abdominal leve, ictericia generalizada, acolia, coluria y prurito. Se envió a esta unidad encontrando a la paciente en buen estado general, cooperadora, con ictericia generalizada, abdomen blando y depresible sin irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio mostraron bilirrubina directa de 25.3 mg/dL y fosfatasa alcalina de 730/UL. A los 29 días de la cirugía inicial se efectuó colangiografía retrógrada endoscópica (CRE), presentándose como complicación enfisema generalizado y ante la sospecha de perforación duodenal se efectuó serie gastroduodenal, la cual no mostró el sitio de la perforación. Se decidió intervenir quirúrgicamente a la paciente con hallazgo transoperatorio de perforación de la segunda porción del duodeno, pared posterior de aproximadamente 2 centímetros de longitud. Se efectuó en el mismo procedimiento cierre primario, esfinteroplastia y exploración de la vía biliar con colocación de sonda en "T". En el 4 día del postoperatorio se efectuó colangiografía trans sonda "T" que mostró litiasis residual. A los 7 días del postoperatorio se efectuó serie duodenal intestinal, la cual mostró permeabilidad del tubo digestivo y ausencia de perforación de víscera hueca. La paciente fue tratada en forma definitiva mediante la extracción trans sonda en T del lito residual y egresada por mejoría a los 45 días de su ingreso. **Conclusión:** El enfisema subcutáneo es un signo clínico que se presenta en forma secundaria a múltiples patologías supradiafrágicas (procedimientos dentales, tonsilectomías, intubación traumática, etc) e infradiafrágicas (perforación de víscera hueca). La etiología subdiafrágica no debe ser descartada en todo paciente con CRE reciente. La CRE es un estudio de gran utilidad tanto diagnóstica como terapéutica, sin embargo, no exenta de complicaciones, por lo que sus indicaciones deben ser bien conocidas.

TC-027

VARIANTE ANATÓMICA DE COLON TRATADO EN FORMA CONSERVADORA

Molotla XC, Calzada RMA. Clínica Hospital de Campo, San Cristóbal de las Casas, Chiapas

Resumen clínico: Se trata de paciente femenino de 40 años sin antecedentes personales patológicos de importancia. Desde hace 10 años presenta dolor abdominal tipo cólico, que disminuye de intensidad posterior a las evacuaciones, y que se acompaña de distensión abdominal y evacuaciones cada 3 ó 4 días con heces duras. Sin pérdida ponderal, apetito adecuado, sin hematoquezia. A la exploración física se observa paciente en buen estado general, cooperadora, orientada, con posición libremente escogida. Cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen globoso a expensas de abundante panículo adiposo, peristalsis normal, se palpa el abdomen blando, depresible, sin irritación peritoneal sin tumor. Dolor leve a la palpación profunda en marco cólico. Tacto rectal: sin evidencia de patología anal, tono de esfínter adecuado, sin palpar tumor, materia fecal impactada en recto. Los exámenes de laboratorio en parámetros normales. Se efectúa colon por enema en el cual se observa válvula ileocecal en región subhepática, el apéndice cecal ascendido; además colon redundante y válvula ileocecal incompetente. No se observa dilatación de colon ni enfermedad diverticular. La paciente ha sido tratada en forma conservadora con base en una dieta con abundante fibra y líquidos notando regularización en sus evacuaciones, así como disminución del dolor abdominal y evacuaciones con heces blandas. **Conclusión:** Las variantes anatómicas de colon pueden tener implicaciones importantes durante procedimientos terapéuticos, así por ejemplo: Perforación colónica durante punciones hepáticas o biliares transcutáneas en el colon de Chilaiditi; oclusión y dolor atípico en la malrotación intestinal, o dificultades técnicas durante los procedimientos endoscópicos, entre otras. Se conocen una gran cantidad de variantes anatómicas del colon que son secundarias a anomalías embriológicas de la fijación o la rotación intestinal. El desconocimiento de estas variaciones puede tener resultados no deseados en pacientes con estas características anatómicas.

TC-028

ANEURISMA DE LA AORTA INFRARRENAL, ROTO, CONTENIDO; PRESENTACIÓN DE UN CASO

Miranda SSA, Zaldivar RO, Parra SI, Becerra GJ. Hospital Juárez de México

Introducción: Los aneurismas de la aorta abdominal son los más frecuentes. La causa más frecuente es la arterioesclerosis. Los pacientes con un aneurisma roto tienen una supervivencia del 38%. A la exploración presentan dolor abdominal, hipotensión y masa abdominal pulsátil. El USG los diagnostica en 56%. La TAC es la prueba principal del diagnóstico. El tratamiento incluye un diagnóstico temprano, resucitación y operación oportuna, con una supervivencia a 5 años del 26%. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 66 años de edad, con antecedente de tabaquismo intenso. Inicia su padecimiento 1 mes previo con dolor abdominal en mesogastrio, opresivo, irradiado a región lumbar bilateral, que le impide realizar sus actividades y disminuye con la ingesta de AINES, acompañado de hiporexia, náuseas, distensión abdominal y fiebre. A la EF: Con palidez de tegumentos ++, abdomen doloroso en mesogastrio y flanco izquierdo, masa pulsátil en mesogastrio. Laboratorios: Hemoglobina 11.8 mg/dl, Leucocitos 25,470/dl, creatinina 1.4 mg/dl. Gabinete: TAC Lesión ocupativa en retroperitoneo izquierdo, secundario a probable ruptura de aneurisma aórtico. USG Doppler. Dilatación aneurismática infrarrenal con imagen hipoeoica adyacente a dilatación por probable ruptura. Se lleva a cabo cirugía. Hallazgos: hematoma retroperitoneal, a tensión, al explorarlo, se encuentra aneurisma abdominal infrarrenal, infiltrando psoas, encontrando orificio a retroperitoneo; se pinza distal y proximalmente arteria aorta, se abre aneurisma, aorta con arteroesclerosis generalizada. Se coloca injerto sintético a

3 cm de arterias renales, aorto-bifemoral. **Conclusión:** Paciente con aneurisma de la aorta infrarrenal roto contenido por retroperitoneo, el cual fue tratado quirúrgicamente con éxito.

TC-029

MEGACOLON Y MEGARRECTO IDIOPÁTICO

Reyes EJ, Perea LH, Nava PC, Milán RG, Niño SJ. HGZ No. 26, IMSS

Megacolon y megarrecto, son términos que se refieren a la dilatación patológica de estas partes del tubo digestivo. Las causas pueden ser congénitas o adquiridas. La causa adquirida se caracteriza por la presencia de estreñimiento crónico. Todos los padecimientos que causan megacolon tienen como común denominador la dificultad para evacuar normalmente, con la consecuente dilatación colónica y del recto. Masculino de 35 años, diabético, 2 años de evolución. Constipación crónica de 5 años de evolución. Inicia padecimiento 5 días antes de su ingreso al servicio de urgencias, con hiporexia, pujo y tenesmo rectal, dificultad para canalizar gases, distensión abdominal progresiva, con aumento progresivo de la distensión abdominal durante 5 días. Con datos de abdomen agudo, por lo que se le realiza laparotomía exploradora, encontrando dilatación de colon sigmoideos y parte del recto hasta 30 cm de ancho aproximadamente, en un tramo de hasta 70 cm desde el recto. Se realiza resección del segmento dilatado con cierre distal y colostomía. El megacolon y megarrecto se relacionan con estreñimiento, el diagnóstico se realiza con una placa simple de abdomen, una vez identificado se elige el mejor tratamiento de acuerdo a su presentación para tomar una opción médica o quirúrgica, según el caso.

TC-030

COLELITIASIS ASINTOMÁTICA, UNA CONTROVERSIA EN EL TRATAMIENTO

Reyes EJ, Perea LH, Nava PC, Milán RG, Niño SJ. Servicio de Cirugía HGZ No. 26, IMSS

La colelitiasis es la enfermedad digestiva más común. Aproximadamente 20 millones de personas en los Estados Unidos sufren de cálculos biliares. Aproximadamente se realizan 300,000 colecistectomías anuales debido a esta enfermedad y sus complicaciones, de los dos tercios que son sometidos a un tratamiento quirúrgico, aproximadamente un 50% son asintomáticos. Cuando se detectan cálculos vesiculares en pacientes asintomáticos surge la interrogante del tratamiento a instaurar. Difícil determinar el tratamiento adecuado en un paciente asintomático sin tener la siguiente información.

1) ¿En qué momento se van a desarrollar síntomas?, 2) ¿En qué momento se van a presentar complicaciones?, 3) En ocasiones, ¿la primera manifestación clínica consiste en una complicación?, 4) ¿Cuál es el índice de mortalidad y morbilidad de la colecistectomía selectiva?, 5) ¿Cuál es el índice de mortalidad y morbilidad de las complicaciones?, 6) ¿Cuál es el costo del tratamiento de la enfermedad? Estos datos acerca de estas consideraciones no existen o son insuficientes. Hay datos que indican que la colelitiasis asintomática es relativamente benigna. Hay grupos que al realizar un "Check up" encuentran colelitiasis asintomática y realizan colecistectomía profiláctica. La colelitiasis asintomática sigue siendo una controversia en el tratamiento.

TC-031

HEMANGIOMA HEPÁTICO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Solares-Sánchez HN, Vázquez-García A, Figueroa AS, Gutiérrez FJL, Pérez CH, Quiroz DF, Coello NGE. Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: El hemangioma hepático (HH) es el tumor benigno más frecuente del hígado. **Objetivo del estudio:** Informar acerca de un caso de HH y su manejo. **Informe del caso:** Paciente masculino de 28 años con dolor de 6 meses de evolución en hipocondrio dere-

cho sin relación a colecistoquinéticos; se realiza USG, TAC y Gamagrafía; los estudios no coincidían en el Dx definitivo hasta la realización de RMN que identificó hemangiomas en el segmento 8, 4ª y 3 del hígado. El paciente se opera de colecistectomía laparoscópica. Identificándose otros hemangiomas. **Resultados:** El hemangioma es una enfermedad angiogénica caracterizada por la proliferación del endotelio capilar, con multilaminación de la membrana basal, acumulación de mastocitos, fibroblastos y macrófagos. Puede sangrar y ser origen de una hemobilia. **Discusión:** La mayor parte de los hemangiomas son asintomáticos, tienen un curso clínico benigno con una bajo porcentaje de complicaciones. Ocasionalmente puede afectar otros órganos. El diagnóstico de HH por USG tiene una sensibilidad de 82%, por TAC 90% y la RMN 100%. La angiografía también confirma el diagnóstico. La cirugía está indicada para HH sintomáticos, con rápido crecimiento, lesiones > 10 cm, dificultad en la diferenciación con carcinoma hepatocelular. **Conclusiones:** El decidir si un HH debe ser extirpado depende del riesgo operatorio y la evolución natural de la lesión sin tratamiento. Las indicaciones para la resección son lesiones sintomáticas y para la selección de la técnica quirúrgica se considera el volumen de la lesión, la localización y la experiencia del cirujano.

TC-032

ÍLEO BILIAR. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Solares-Sánchez HN, Vázquez-García A, Figueroa AS, Quiroz DF, Gutiérrez FJL, Pérez CH, Coello NGE. Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: El íleo biliar (IB) es una complicación rara de la colelitiasis; se presenta como obstrucción intestinal. Es causado por comunicación anormal entre la vesícula biliar y el tubo digestivo, manifestándose como cólico biliar y oclusión intestinal. **Objetivo del estudio:** Informar acerca de una enfermedad con una alta mortalidad que presenta un reto diagnóstico preparatorio. **Informe del caso:** Femenina de 80 años con dolor en el hipocondrio derecho, náusea y vómito, melena, astenia, adinamia, incapacidad para evacuar y canalizar gases, se presenta a urgencias con datos de abdomen agudo. Se toma Rx. de abdomen. Se realiza LAPE con hallazgo de IB; realizándose enterotomía con extracción del lito, cursando el PO estable. **Resultados:** La paciente evoluciona satisfactoriamente con inicio de la vía oral a los 5 días egresándose sin complicaciones. **Discusión:** El IB se presenta en la edad avanzada, predominantemente en mujeres, representa del 1-6% de las causas de obstrucción intestinal. Sólo 1-15% de las fistulas biliodigestivas producen IB. La fístula más frecuente es la colecistoduodenal, colecistocólica, colecistogástrica, coledocoduodenal. Se han reportado casos de IB en pacientes colecistectomizados. Se manifiesta con dolor cólico biliar que cede espontáneamente, más obstrucción intestinal. El punto de obstrucción es el íleon terminal, otros sitios: el duodeno, piloro. La exploración física revela hallazgos de íleo mecánico; gabinete: la radiografía simple de abdomen (signos radiológicos de Rigler) y el ultrasonido son útiles para el Dx. El tratamiento de elección es la enterolitotomía con bajo índice de recurrencias. **Conclusiones:** El IB es una complicación rara de la litiasis biliar, se presenta como obstrucción intestinal, en pacientes generalmente de sexo femenino, de edad. El tratamiento consiste en resolver la obstrucción intestinal y posteriormente la fístula BILIODIGESTIVA.

TC-033

COLANGITIS ESCLEROSANTE: REPORTE DE UN CASO

De la Torre R, Vázquez A, Pérez Corzo H, Solares N, Figueroa S, Quiroz F, Ferreira J, Maza R. Hospital Regional Adolfo López Mateos, ISSSTE. México, Distrito Federal

Antecedentes: La colangitis primaria esclerosante es una enfermedad hepática colestásica crónica de origen desconocido, se asocia fuertemente con enfermedad intestinal inflamatoria. Se caracteriza por destrucción progresiva de los conductos biliares, y puede resul-

tar en cirrosis, se ha asociado con colangiocarcinoma y cáncer de colon. En un principio considerada rara, su manejo médico o quirúrgico siempre complejo y difícil, es una de las indicaciones de trasplante hepático. **Objetivo del estudio:** El describir un caso inusual de colangitis esclerosante primaria de difícil diagnóstico con ictericia recurrente. **Informe del caso:** Masculino de 42 años de edad. Su padecimiento inicia 8 meses antes de su ingreso con ictericia, acolia y coluria, fiebre, dolor en hipocondrio derecho, náusea y vómito que remiten espontáneamente en tres ocasiones. Fue manejado como hepatitis viral y coledocolitiasis. Se realizó US de hígado y vías biliares: con DX de litiasis y vesícula escleroatrófica. Gammagrama biliar: exclusión vesícula biliar y sugerente de daño hepatocelular. CPRE: con defecto de llenado a nivel de vesícula biliar. Se realizó colecistectomía abierta encontrando vesícula escleroatrófica con microlitos, en colangiografía por muñón de Hartman se identifica vía biliar extrahepática adelgazada (2 mm) e intrahepática con dilataciones y estenosis compatible con colangitis esclerosante. Se toma biopsia de hígado. **Resultados:** Reporte histopatológico de colangitis crónica, se toma colangiografía de control, el paciente fue manejado con ácido ursodeoxicólico, la sonda en T fue retirada, el paciente se encuentra anictérico y asintomático. **Discusión:** La colangitis esclerosante es de difícil diagnóstico y se basa en el cuadro clínico y laboratorios como PFH'S, serología de anticuerpos y estudios de gabinete como CPRE con cepillado de vía biliar. Su manejo es médico con ácido ursodeoxicólico o prednisona, o quirúrgico con dilataciones y stents vía CPRE o percutáneos, así como derivación biliodigestiva o trasplante hepático. **Conclusión:** La colangitis esclerosante tiene poca frecuencia, la CPRE y la toma de biopsia son los apoyos diagnósticos más útiles, en este caso hubo buen control con el uso de ácido ursodeoxicólico.

TC-034

EMPAQUETAMIENTO PERI-HEPÁTICO. EXPERIENCIA DE TRES AÑOS

Cárdenas-Martínez G, Rodríguez-Ortega MF, Hiromoto CM, Villafán QRE, Delgadillo GS. Departamento de Cirugía General y Cirugía de Trauma. Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana

Objetivo: Describir las características de las lesiones hepáticas, indicaciones de empaquetamiento peri-hepático, lesiones asociadas y evolución de los pacientes operados. **Sede:** Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana "Guillermo Barroso Corichi". **Diseño:** Retrospectivo y observacional. **Pacientes y métodos:** Fueron revisados los expedientes clínicos de 29 pacientes con antecedente de trauma abdominal contuso y lesión hepática a los cuales se les realizó empaquetamiento peri-hepático de acuerdo a criterios establecidos, en un periodo de marzo 2000 a marzo 2003, se analizaron las siguientes variables: mecanismo de lesión, género y edad, grado de lesión, segmento hepático afectado, lesiones asociadas, estancia hospitalaria y mortalidad. **Resultados:** El 71.4% fueron hombres (21), 8 (28.6%) mujeres, todos los pacientes fueron diagnosticados por lavado peritoneal diagnóstico, lesión más frecuente la grado III (61.5%) y el segmento más afectado fue el VI (47.7%) y VII (37.3%), a todos los pacientes se les efectuó empaquetamiento peri-hepático. Las lesiones asociadas más frecuentes fueron intraabdominales (bazo y retroperitoneo), hubo 13 (44.8%) defunciones. **Conclusión:** La evaluación clínica y diagnóstico oportuno aunado a una decisión temprana de empaquetamiento peri-hepático, disminuyen la mortalidad en pacientes con lesiones grado III en uno o más segmentos y en lesiones grado IV.

TC-035

QUISTE DE CONDUCTO CÍSTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO
Miranda CFJ, Benavides OJG, Leal SP. Hospital Clínica del Parque, Chihuahua Chih.

Paciente femenina de 2 años y 4 meses de edad la cual ingresa al hospital por presentar vómito de contenido alimenticio de 8 horas de evolución acompañado de malestar general e irritabilidad, do-

lor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, el cual tiende a disminuir posterior al vómito. Tiene el antecedente de presentar cuadros similares desde los 6 meses de edad con resolución espontánea sin haber sido estudiados. A la exploración se encuentran mucosas de buena coloración mal hidratadas; abdomen plano, timpánico, ruidos peristálticos normales, blando, depresible sin masas ni visceromegalias ni datos de irritación peritoneal, resto de exploración dentro de límites normales. Laboratorio: leucocitos 13,400/mm³, Neutrófilos 11,600/mm³, fosfatasa alcalina 144 UI/l, DHL 291 UI/l, amilasa sérica 729.59 UI/l. La USG abdominal reporta: vesícula biliar distendida con detritus en su interior, bulbo duodenal dilatado con abundante líquido y movimientos peristálticos, colédoco de 13.6 mm con área de dilatación quística. La TAC abdominal muestra quiste de colédoco complejo y pancreatitis edematosa, hay obstrucción parcial del duodeno por el quiste de colédoco. La colangiorresonancia muestra dilatación del conducto hepático izquierdo, dilatación del colédoco con probable cálculo en su interior y dos divertículos del colédoco. Se realiza laparotomía exploradora la cual muestra quiste del conducto cístico plegado sobre sí mismo causando obstrucción por presión de la vía biliar principal y duodeno, se realiza colecistectomía y resección del quiste del conducto cístico. Patología reporta: vesícula biliar con quiste del conducto cístico con extensa autólisis del epitelio biliar, no se encuentra proceso inflamatorio. La paciente ha presentado buena evolución clínica a 6 meses del procedimiento quirúrgico, las USG abdominales de control han mostrado regresión de la dilatación del conducto colédoco y hepático izquierdo. Los quistes de la vía biliar son entidades clínicas poco frecuentes con una incidencia de 1 en 100,000 habitantes, más frecuentes en el sexo femenino con una relación de 3:1 y el 67% diagnosticados antes de los 10 años de edad. Sus manifestaciones clínicas incluyen episodios de dolor abdominal, ictericia y fiebre. Su tratamiento consiste en su resección y reparación de la vía biliar. Se clasifican en 5 tipos de acuerdo a Alonzo-Lej, sin embargo dicha clasificación no incluye los quistes del conducto cístico ya que han sido muy pocos casos los reportados. En México sólo ha sido reportado por Serena y cols. del departamento de Cirugía General del Hospital General de México.

TC-039

INFECCIÓN SINERGISTA DE TEJIDOS BLANDOS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Barrón RE, Gutiérrez VM, Serrano LF. Hospital General Pachuca Hgo. SSA. Servicio de Cirugía

Se trata de paciente femenino de 21 años de edad, con el antecedente de 3 semanas de evolución con sintomatología urinaria obstructiva baja, así como dolor lumbar derecho intenso, con TAC que mostró exclusión renal y absceso perirenal derecho. A su ingreso con datos de infección sinergista de tejidos blandos en región lumbar derecha, que ameritaron fasciotomías drenando 2,000 cc de material purulento y posteriormente debridación de tejido necrótico amplio quedando los límites de ésta: izquierdo: línea axilar posterior, superior: por debajo de glándulas mamarias, derecho: línea paravertebral derecha, por debajo espina iliaca anterosuperior manejada con triple esquema de antibióticos y curaciones 3 al día, con mejoría total presentando tejido de granulación e injertándose el 20 septiembre 2003, tomando los injertos de muslos, e integrándose en un 100%. Quedando para segundo tiempo la extirpación de riñón derecho secundario a proceso obstructivo. **Objetivos:** Destacar el manejo médico quirúrgico en la infección necrotizante de tejidos blandos, así como resolución, presentación de un caso. **Antecedentes:** Enfermedad necrozante de tejidos blandos es una infección de tejidos blandos con necrosis difusa fulminante de fascias subcutáneas y tejidos adyacentes, con etiología de 2 a más microorganismos en un 79%, con tratamiento a base de cirugía radical, antibióticos y administración de oxígeno hiperbárico con mortalidad sin oxígeno del 67% y 23% con oxígeno. **Conclusiones:** El manejo quirúrgico radical es esencial para su resolución.

TC-040

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PACIENTES HOSPITALIZADAS AL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL “DR. ALFREDO PUMAREJO”, REPORTE DE CASOS

Escobar CCA, Martínez QM. Servicio de Cirugía General, Hospital General de H. Matamoros, Tamaulipas “Dr. Alfredo Pumarejo”

Antecedentes: La valoración del estado nutricional consiste en medir diferentes parámetros relacionados con el estado nutricional; éstos pueden ser objetivos o subjetivos y nos dan información que nos orientan sobre el riesgo de morbilidad y mortalidad en los pacientes. La prevalencia de desnutrición secundaria en pacientes hospitalizados es alta, va de un 30 a un 40% con diferentes grados de desnutrición. **Métodos:** Se trata de un estudio prospectivo, transversal, observacional, descriptivo, de pacientes que se les valoró el estado nutricional hospitalizadas al servicio de Ginecología y Obstetricia durante los meses de mayo y junio del 2004. Utilizando parámetros objetivos y subjetivos. **Objetivo:** Reportar el estado nutricional y el porcentaje de los diferentes grados de desnutrición de las pacientes hospitalizadas al servicio de Ginecología y Obstetricia. **Resultados:** Fueron un total de 98 pacientes incluidas, con edades de entre los 16 y 83 años, con una media de 31.4. Fueron 45 (45.91%) las pacientes que presentaron buen estado de nutrición, 51 (52.04%) las pacientes con desnutrición leve o con riesgo de desnutrición y 2 (2.04%) las pacientes que presentaron desnutrición severa. **Discusión:** Encontramos que más de la mitad de las pacientes hospitalizadas presentan diferentes grados de desnutrición, estas cifras son mayores a las reportadas en la literatura nacional y mundial, esto podría explicar la morbimortalidad en los pacientes, por lo que consideramos importante utilizar la valoración nutricional como parte de la exploración física.

TC-041

RESECCIÓN CRANEOFACIAL COMBINADA PARA ESTESIONEUROBLASTOMA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Villalón LJS, Gallegos HJF. Hospital de Oncología CMN Siglo XXI, México, D.F.

Introducción: Estesioneuroblastoma se origina órgano vomeronasal, ganglión esfenopalatino, placa olfatoria, ganglios autonómicos, mucosa nasal o epitelio olfatorio. Criterios histológicos para identificación descritos por Hyams. Estadificación mediante sistemas Kadish o Dulgerov. Abordaje craneofacial tratamiento estándar. Complicaciones 24.6%; fuga líquida cefalorraquídea 8%, pneumoencefalo 17.3%, infección 2.4%, meningoencefalitis 1.8%. Mortalidad 4.7%. **Descripción:** Hombre 42 años. Rinitis y sinusitis izquierda, enviado otorinolaringología realizando rinoscopia y resección pólipos nasal izquierdo; reporte pólipo benigno. Un año después recurrencia realizándose resección endoscópica reportando pólipo benigno. En 2002 obstrucción nasal nueva, polipectomía reporta estesioneuroblastoma; presenta adenopatías cervicales, biopsia adenopatía cervical metástasis estesioneuroblastoma. Se somete a disección de cuello reportándose cuello derecho; nivel I 4 ganglios; nivel II 7; nivel IIbis 4; nivel III 12; nivel IV 5 ganglios todos hiperplásicos. Cuello izquierdo nivel I 1/7 metastásicos con invasión capsular; nivel II 2/15 metastásicos con ruptura e invasión de tejidos blandos; nivel IIbis 2/2 metastásicos; nivel III 15 ganglios hiperplásicos; nivel IV 6 ganglios hiperplásicos; nivel V 2 ganglios hiperplásicos. Posteriormente abordaje craneofacial, craneotomía bicoronal y degloving. 48 hrs en terapia intensiva. Egresado al 7mo día. Reporte estesioneuroblastoma grado I. **Discusión:** Estesioneuroblastoma entidad poco frecuente, manifestación inicial suele ser obstrucción nasal y sangrado, tratamiento del primario y metástasis es quirúrgico; tratamiento adyuvante con radioterapia ofrece buen control de la enfermedad; con bajo índice de complicaciones. Quimioterapia adyuvante aún está en debate.

TC-042

RESECCIÓN CRANEOFACIAL PARA OSTEOSARCOMA DE MIZO CENTROFACIAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Villalón LJS, Resendiz CJ. Hospital de Oncología CMN Siglo XXI, México, D.F.

Introducción: Osteosarcoma craneofacial es raro, incidencia 0.2-4%. Resección craneofacial abordaje estándar. Invasión duramadre afecta sobrevivida. Extensión facial y tipo de reconstrucción son factores asociados a complicaciones. Mortalidad postoperatoria 4.7%; complicaciones postoperatorias 34.5%. Fuga líquida cefalorraquídea (LCR) 8%, meningoencefalitis causa más frecuente de mortalidad (100%). **Descripción:** Masculino 23 años. Edema palpebral derecho y exoftalmos, agregándose pérdida de visión y epistaxis, realizándose orbitotomía derecha y biopsia reporte de sarcoma osteogénico condroblástico y osteoblástico. Se maneja con 3 ciclos epirrubicina+platino, centellografía MIBI-Tc99, actividad tumoral región infraorbitaria derecha, considerándose candidato cirugía. Abordaje craneofacial; maxilectomía total preservación piso antro maxilar derecho, exenteración orbitaria, resección segmentaria duramadre por infiltración y plastia con fascia temporal y traqueostomía. Ingresar terapia intensiva (UTI); 3er día fuga LCR, resolviéndose con catéter subaracnoideo lumbar por punción. 5 días UTI. Al 6to día retiro traqueostomía iniciando vía oral. Retiro catéter subaracnoideo 11 día. Sin otras complicaciones egresa a 12 días del procedimiento. Reporte histopatológico sarcoma osteogénico 4.4 cm, ocupa tejido adiposo periorbitario infiltrando frontal y mucosa del seno frontal y maxilar; no infiltra globo ocular ni nervio óptico; lesión en límite posterior y posterosuperior. Se acepta para radioterapia radical. **Discusión:** Este caso confirma que abordaje craneofacial es un método seguro para manejo de tumores craneofaciales que invaden fosa craneal anterior y placa cribiforme. Fuga de LCR se maneja eficazmente mediante catéter para drenaje LCR, morbilidad postoperatoria baja.

TC-043

TUMOR PARDO COMO MANIFESTACIÓN DE HIPERPARATIROIDISMO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Villalón LJS, Resendiz CJ. Hospital de Oncología CMN Siglo XXI, México, D.F.

Introducción: Tumores pardos, son lesiones de tejido blando intraóseo; presentan en huesos largos, costillas, clavícula, cresta iliaca, maxilar, etc. Cirugía es curativa para hiperparatiroidismo; debe considerarse en todos los casos. Después de paratiroidectomía recuperación de osteítis fibrosa quística y tumores pardos es temprana. **Descripción:** Mujer 41 años; litiasis renal hace 11 años. Presenta aumento de volumen región mandibular derecha, biopsia tumor de células grandes; fosfatasa alcalina 317, urea 49, creatinina 2, fósforo 3, calcio 14.65, urografía excretora nefrocalcinosis bilateral, disminución de densidad ósea cráneo e iliacos, centellografía MIBI-Tc99 captación polo inferior derecho tiroideo, tomografía cuello lesión polo inferior derecho tiroideo, áreas quísticas y sólidas, 3 x 2.5 cm, lóbulo derecho dos lesiones hipodensas 7 mm; tomografía mazo facial aumento de volumen mandibular, compromiso del cuerpo, rama derecha, lesión ósea destructiva componente quístico 4 cm. Realizándose hemitiroidectomía y paratiroidectomía derechas. Reporte histopatológico carcinoma paratiroideo 34 x 42 mm y carcinoma papilar intratiroideo 15 mm sin permeación vasculolinfática, cápsula íntegra. Evolución satisfactoria, disminución del tumor pardo 50% en 3 semanas, niveles de calcio 8 mg/dl; fósforo 3.3 mg/dl, sin desarrollar complicaciones. **Discusión:** Cambios esqueléticos por hiperparatiroidismo son encontrados con menor frecuencia, debido al diagnóstico en etapa temprana. Después de paratiroidectomía los pacientes tienen recuperación marcada y sostenida de osteítis fibrosa quística y tumores pardos. Recuperación de densidad mineral ósea ocurre en la primera semana.

TC-044

RESECCIÓN MULTIVISCERAL POR CÁNCER COLORRECTAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Villalón LJS, Luna-Pérez P. Hospital de Oncología CMN Siglo XXI

Introducción: 10% de cánceres colorrectales son lesiones avanzadas sin metástasis. 1970 Spratt describió una variedad de cáncer colorrectal llamado "no metastatizante"; que permanece localizado sin diseminación, siendo curable con resecciones agresivas. Factores histológicos incluyen tumores bien diferenciados, circunscriptos, rodeados de inflamación sin invasión venosa, linfática o perineural. Morbilidad y mortalidad asociadas con resección multivisceral son elevadas. Factores para sobrevida son infiltración a otros órganos, metástasis y > 50 años. En estos pacientes, cirugía y quimiorradioterapia deben administrarse. **Descripción:** Mujer 46 años. 2 años con distensión, constipación y dolor epigástrico, manejada como pielonefritis y tumor colónico, pérdida de peso 10 kg. EF. tumor en hipocóndrio izquierdo de 15 x 15 cm móvil, doloroso. Ultrasonido. pielonefritis y neoplasia esplenorrenal. TAC. tumor hacia ángulo espléneo, pérdida de interfase entre colon, bazo y riñón izquierdo. ACE.-21 ng/dl. Se realiza resección multivisceral, hemicolectomía, esplenectomía, nefrectomía izquierda, resección de cola de páncreas. RHP adenocarcinoma poco diferenciado mucinoso 14 cm fungante, involucra serosa extensión peripancreática sin infiltrar, sin permeación vascular ni tumor en límite, ocho ganglios del omento, 13 peritumorales, 2 del hilio espléneo, 2 peripancreáticos con hiperplasia. Se etapifica IIB, por T4N0M0 recibe quimioterapia 5FU/LV. **Discusión:** Resección multivisceral es segura, sobrevida a largo plazo es similar a resección estándar. Debido a que resecciones paliativas no se predicen en la cirugía, todo esfuerzo debe llevarse a resección tumoral completa. Pérdida sanguínea pero no experiencia del cirujano es un factor pronóstico independiente para morbilidad y resultados.

TC-045

HEMATOMA HEPÁTICO SUBCAPSULAR Y SÍNDROME DE HELLP: UN ENFOQUE ENDOSCÓPICO

Nava PC, Gutiérrez RE, Galicia TM, Molina PJ, Perea LH, Coronado BJ, Reyes EJ, Sánchez GL. Hospital General de Zona 1A IMSS, México D.F. e ISSEMYM Satélite, Estado de México

Los hematomas subcapsulares hepáticos complican la evolución del síndrome de HELLP en un 0.9% de los casos. Son el resultado de las lesiones hepáticas de la preeclampsia, el depósito de fibrina de los sinusoides y la hemorragia periportal. En caso de ruptura la mortalidad materna alcanza el 59%, siendo imperativo su reconocimiento y tratamiento tempranos. En el presente artículo se describe el caso de una paciente de 32 años que presentó síndrome de HELLP y hematoma hepático subcapsular, con manejo inicialmente conservador y seguimiento ultrasonográfico y TC, evidenciando sangrado activo. Se realiza drenaje quirúrgico endoscópico, de hematoma (400 ml) a nivel de V, VI y VII segmentos de Couinaud sin complicaciones, retiro de drenaje sin gasto, inicio de vía oral y egreso de cuidados intensivos a las 24 hrs. Consideramos a la cirugía endoscópica como alternativa segura y eficaz en estos casos.

TC-046

LA PERFORACIÓN APENDICULAR NO ES CONTRAINDICACIÓN PARA APENDICECTOMÍA ENDOSCÓPICA

Nava PC, Reyes EJ, Galicia TM, Molina PJ, Perea LH, Coronado BJ, Sánchez GL. Hospital General de Zona 2A IMSS, 194, México, D.F. y Estado de México

Desde la introducción de la laparoscopia para apendicectomía en 1983, hay numerosos avances incluyendo disminución de la estancia hospitalaria postquirúrgica, menos dolor, retorno más rápido a las actividades, así como disminución en los abscesos de pared. **Objetivo:** Establecer que la apendicitis complicada no es una contraindicación para la apendicectomía laparoscópica y que ésta tie-

ne mayores ventajas sobre la técnica abierta. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de 1,185 pacientes a los que se les diagnosticó apendicitis y posteriormente se les realizó apendicectomía en un periodo de seis años (1995 al 2001) en el HGZ 2A y 194 del IMSS. Se realizó apendicectomía endoscópica en 189 pacientes (16%) encontrando apéndice perforada en 134 pacientes y abscedada en 55 pacientes. Todos los casos se trataron con lavado, aspiración y drenaje de cavidad. Se convirtieron a cirugía abierta 10 pacientes (19%). **Conclusiones:** La apendicectomía endoscópica se puede realizar en todos los estadios de evolución, aún en los complicados, con otras claras ventajas sobre la apendicectomía abierta.

TC-047

COLECISTECTOMÍA ENDOSCÓPICA DIFÍCIL. EXPERIENCIA DE 199 CASOS

Nava PC, Molina PJ, Perea LH, Coronado BJ, Galicia TM, Reyes EJ, Sánchez GL. Hospital General Zona 1A, 2A, 194-IMSS, México, D.F. y Estado de México

El perfeccionamiento de la cirugía endoscópica, ha hecho posible la ejecución de cualquier tipo de colecistectomía, lo que ha conducido a un incremento en el hallazgo de cuadros anatómicos y clínicos de particular dificultad técnica, así como a un menor riesgo de complicaciones intraoperatorias. Es un estudio descriptivo, retrospectivo donde se mide mediana, moda, promedio y porcentaje de los resultados. **Objetivo:** Analizar los procedimientos que han tenido un gran alto grado de dificultad técnica en la cirugía de vesícula por vía endoscópica. **Resultados:** Un total de 1,410 colecistectomías por vía endoscópica se realizaron en los años de 1993 a 2003. De éstas, 199 (14.1%) se catalogaron como procedimientos difíciles, con edad promedio de 46 años, mediana de 45 y una moda de 44; siendo masculinos 59 (30%), femeninos 140 (70%); procedimientos llevados por cirugía electiva fueron 107 (54%), por cirugía de urgencia 84 (46%), los procedimientos que se convirtieron a cirugía abierta fueron 789 (39%). Las causas para catalogar una colecistectomía difícil con más frecuencia son: pirocolecisto 52 (26%), hidrocolecisto 42 (21%), sangrado 20 (10%), variaciones anatómicas 14 (7%), CCL agudizada 10 (5%). **Conclusión:** Es importante tener en cuenta las variaciones anatómicas y tener cuidado en los procesos crónicos agudizados ya que hacen más difícil la colecistectomía endoscópica, los cuales requieren una disección meticulosa para no dañar estructuras importantes. Proponemos que para tratar esta entidad se obtengan créditos o certificación necesarios, se realicen evaluaciones y cursos posteriores para certificar habilidad y conocimientos teórico-prácticos.

TC-048

ALTERNATIVA TERAPÉUTICA: DRENAJE ENDOSCÓPICO QUIRÚRGICO PARA EL ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO

Nava PC, Reyes EJ, Galicia TM, Perea LH, Molina CJ, Coronado BJ, Sánchez GL, Jiménez LJ. Hospital General Zona 1A, 2A, 194-IMSS, México, D.F. y Edo. Méx

Introducción: Estudio prospectivo, multicéntrico, lineal, efectuado durante 7 años (enero 1996-agosto 2003) incluyen 13 pacientes (1 mujer, 12 hombres), todos con indicación para manejo quirúrgico. **Objetivo:** Demostrar que la endoscopia quirúrgica es la mejor alternativa de manejo en pacientes con absceso hepático amibiano cuando presentan indicaciones de drenaje tales como: falta de respuesta al manejo médico (70%), falla de manejo con punción guiada, abscesos muy grandes o múltiples (25%), localizados en cara posterior hepática (25%) o localizados en lóbulo hepático izquierdo (15%), abscesos con inminencia de ruptura a cavidad peritoneal o comunicación a órganos vecinos, datos de irritación peritoneal. **Material y métodos:** Los pacientes fueron protocolizados mediante clínica; estudios de USG, TAC, Rx tórax y abdomen; laboratorio (Bh, PFH), todos recibieron tratamiento médico previo a base de metronidazol solo o con cefalosporinas y/o emetina. El drenaje comprendió identificación, localización, desbridación, aspiración del contenido, lim-

pieza y legrado del interior del absceso, toma de biopsia y colocación de drenajes en el interior de la cavidad del absceso bajo visión directa. **Resultados:** No se presentaron complicaciones, se drenaron abscesos de lóbulo derecho e izquierdo, la cantidad de material (hemático achocolatado) fue de 200 a 600 ml; estancia hospitalaria de 2-5 días. Resultados excelentes en el 100% de los pacientes. Mortalidad nula, morbilidad mínima. **Conclusiones:** Permite visión, exploración y drenaje directos, se debe considerar como método de elección en los pacientes con indicación quirúrgica, principalmente en los centros hospitalarios donde no se cuenta con radiología intervencionista.

TC-049

SONRISA DE PAYASO, PRESENTACIÓN DE UN HEMOSTÁTICO MECÁNICO PARA CESÁREAS

Gómez ARC, Mandujano NML. Centro Médico Quirúrgico "Milagritos de Dios" Cocoyoc Morelos

Antecedentes: El sangrado del útero al incidirlo puede ser un gran problema durante una cesárea. **Objetivo:** Disminuir el sangrado de la histerotomía en cesáreas. **Material y métodos:** Se aplicó este hemostático mecánico en 25 pacientes intervenidas por cesárea del 24 de octubre del 2003 al 8 de julio del 2004 en esta unidad. **Resultado:** Cuantificando la pérdida sanguínea en el fracaso de aspiración y uso de compresas al realizar la histerotomía se obtuvo lo siguiente: Pérdida de sangre menor a 100 ml en 21 casos, pérdida sanguínea de más de 100 ml y menos de 200 ml en 2 casos, pérdida sanguínea de 200 ml en 1 caso, pérdida sanguínea de más de 200 ml y menos de 300 ml en 1 caso. **Discusión:** La hemostasia adecuada nos evita meternos en problemas. **Conclusión:** Es útil el uso de este nuevo instrumento con forma de sonrisa de payaso, para lograr controlar sangrados de la histerotomía.

TC-050

TORSIÓN DE UN TERATOMA DE OVARIO EN MENOR DE 10 AÑOS
Dávila-Bueno DA, González-De Blas JJ, Carreón-Bringas RM, Rodríguez-Paz CA. Hospital Rural 44 Zacatipan, Programa IMSS Oportunidades; San Luis Potosí.

Objetivo: Informar un caso de torsión de útero, asociado a torsión de quiste hemorrágico y tuba, en una adolescente de diez años. **Sede:** Hospital rural de segundo nivel en San Luis Potosí. **Informe de caso:** Femenino de 10 años con dolor abdominal súbito, asistió 12 h después al hospital con dolor moderado acompañado de náuseas, a la exploración con puntos apendiculares y la palpación de masa hipogástrica; los signos vitales con 112/min de frecuencia cardíaca, 120/70 mmHg de presión arterial de y 24/min de frecuencia respiratoria, el laboratorio reportó una hemoglobina de 10.8 g/dl, hematócrito de 33, leucocitos de 10,500, en banda 4%, resto normal. En el transoperatorio se encontró un quiste torcido dependiente de ovario derecho de 9 x 8 x 4 cm constituido a la histología por tejido necrótico hemorrágico de teratoma y tuba izquierda; se resecó la pieza, remitió el cuadro y se egresó a los 4 días la paciente. **Conclusiones:** Los quistes torcidos de ovario son una entidad rara en niñas, que se presentan como un cuadro doloroso inespecífico (Gómez-Alcalá A. Cir Ciruj. 2000; 68: 19); el diagnóstico suele ser incierto aun con los mejores medios diagnósticos, estableciéndose en el transoperatorio la conclusión del mismo, requiriendo la resección de la pieza más tuba por encontrarse las estructuras en proceso de necrosis (Germain M. Obstet Gynecol. 1996; 88: 715).

TC-051

ENTEROTOMÍA PARA DESCOMPRESIÓN DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ASCARIS LUMBRICOIDES

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

Objetivo: Informar una técnica de descompresión de obstrucción intestinal, asociado a *Ascaris lumbricoides*, en un niño de tres años. **Sede:** Hospital rural de segundo nivel en San Luis Potosí. **Informe de caso:** Masculino de 3 años con dolor abdominal que asistió 5 días después del inicio de su cuadro al hospital, con dolor intenso difuso abdominal, vómito gastrobiliar y una evacuación con *Ascaris*, a la exploración masa abdominal en cuadrante inferior derecho; los signos vitales con 112/min de frecuencia cardíaca, 38.2° C de temperatura y 40/min de frecuencia respiratoria, el laboratorio reportó una hemoglobina de 12.8 g/dl, hematócrito de 39, leucocitos de 5,600, resto normal. En el trasoperatorio se encontró íleon con aspecto eritémico-necrótico y una masa, entre los 30 y 90 cm del ángulo de Treitz, la cual se palpó como masa compuesta por diversos *Ascaris* y se procede a extracción por enterotomía y cierre en dos planos. Posterior a la extracción de los *Ascaris* se cierra en dos planos, dejando que recobre el íleon su turgencia y color, posterior a lo cual se reincorporó intestino a la cavidad abdominal. **Conclusiones:** El presente caso se intervino ante la persistencia de obstrucción intestinal (Rodríguez-García A. Cir Ciruj. 2004; 72: 37); posterior a la falta de respuesta a manejo médico el manejo es con resección y anastomosis término-terminal (Vázquez-Tsuji O. Acta Pediatr Méx. 2003; 24: 100), acorde a la fisiopatología en que se basa este manejo, nosotros proponemos la enterotomía que disminuiría estancia y riesgos al paciente.

TC-052

NEUROFIBROMA INGUINAL, REPORTE DE UN CASO

Rodríguez PCA, Carreón BRM. Hospital Rural 41 (HRS 14) Cerritos, San Luis Potosí

Introducción: Los tumores inguinales son masas poco frecuentes, que aparecen de 2 a 4 casos en un millón de habitantes; los más importantes son los tumores desmoides, conformados por fibroblastos bien diferenciados con escaso grado de malignidad y un número menor lo conforman los neurofibromas, tejido dependiente de las células de Schwann. **Caso clínico:** Paciente masculino de 46 años con masa en región inguinal izquierda de un año de evolución, la cual ha incrementado paulatinamente su tamaño; con dolor punzante desde enero, que se incrementa con la marcha, decrece con el reposo, no se relaciona con ingesta de dietas, ni cede con analgésicos. A exploración con región inguinal dolorosa a la palpación, con masa oval que protruye a la maniobra de Valsalva sin poderse reducir ni palpase defecto de pared, móvil con firme adhesión en plano profundo. Se procede a cirugía con el plan de resección de masa inguinal a descartar hernia inguinal; encontramos una masa blanda semioval de 5 x 3 cm, localizada por arriba del ligamento inguinal frente a la pared anterior del canal inguinal, sin adherencias a aponeurosis, ni dependencia de otra estructura vascular, se decide su liberación, sin ligadura de vasos de gran calibre, su nutrición la recibe de capilares por debajo de la fascia de Camper-Scarpa, se cierra tejido adiposo y piel sin haber abordado aponeurosis y sin estar comprometido ésta y sin palpase masas en región del triángulo de Scarpa. **Anatomopatología:** Tejido ovoide de 6 x 5 x 3 cm, superficie blanca, lisa brillante, nacarada. la masa está conformada por células de Schwann dispuestas en haces de tamaño muy variable. Sus núcleos son alargados de bordes afilados y de citoplasma ondulante con algunas zonas de degeneración mixoide. Masa bien delimitada, sin cápsula, sin datos de malignidad. **Conclusiones:** Las masas inguinales son en extremo raras, predominan los tumores desmoides de bajo grado de malignidad y un escaso número son neurofibrinas más asociados con la enfermedad de Von Recklinghausen. Al seguimiento a un año, el paciente no ha presentado recidivas ni ha presentado datos de otra masa.

TC-053

HERNIA INGUINAL GILBERT TIPO 6 ENCARCELADA CON CONTENIDO APENDICULAR PERFORADO SELLADO POR SACO HERNIARIO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN

Guardado AJ, Guardado SJ, Hernández CI, Irazaval J. Hospital Privado Clínica y Maternidad CIVAC S.C., Cirugía General CIVAC, Jiutepec, Morelos

Objetivo: Reportar caso clínico. **Introducción:** En 1988, Gilbert describió un sistema de clasificación basada en defectos anatómicos y funcionales establecidos en el transoperatorio categorizando a las hernia en 5 clases, sólo que Rutkow y Robbins expandieron a 7 clases. Dentro de las complicaciones de una hernia están la hernia inguinal encarcelada sin compromiso vascular del contenido y la hernia inguinal estrangulada con compromiso vascular. **Resumen:** Se trata de paciente masculino de 71 años de edad con hipertensión arterial controlada, así como cardiopatía isquémica controlada, a su ingreso refiere 1 mes de evolución presentar dolor moderado a nivel de la región inguinal derecha así como aumento de volumen posterior al aumento de presión intraabdominal. Refiere manejarse con analgésicos a la EF tranquilo, consciente, orientado, facies de dolor, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, depresible sin datos de irritación peritoneal región inguinal derecha con masa indurada no reductible, dolorosa a la palpación, extremidades sdp. TA 110/70, FR 20X', FC 80X', cuenta con laboratorios de Hb 15.2, Leucocitos 8,000, TP 14 seg. TPT 38 seg. QS GI 110 mg, Urea 30 mg, creat 0.6 mg, se ingresa a quirófano con diagnóstico de hernia inguinal encarcelada, teniéndose como hallazgo hernia inguinal en Tipo 6 con componente mixto, con masa indurada adherida a cordón espermiático que corresponde a saco herniario con contenido apendicular perforado en tercio distal sellado, con el mismo saco se procede a realizar apendicectomía y se realiza plastía inguinal sin tensión con colocación de plug de polipropileno en el defecto indirecto y en directo y un reforzamiento con técnica de Lichtestein evolucionando favorablemente hasta la fecha. **Comentario:** Hay varios tipos de hernias con eponimo que se reportan como Litre de contenido diverticular, Richter de contenido intestinal con borde antimesentérico con baja incidencia de aparición al igual que este caso, el cual tuvo como mecanismo de defensa al saco herniario para evitar sepsis.

TC-054

MANEJO ACTUAL DE LA CARDIOPATÍA CONGÉNITA TIPO CONDUCTO ARTERIOSO, INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ" DE MÉXICO

Rosales MJ, Ramírez MS, García DR, Chávez TI, Ramos V. Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

Objetivo: Analizar el tratamiento actual de los pacientes con diagnóstico de cardiopatía congénita del tipo persistencia del conducto arterioso por medio de cirugía o por cateterismo intervencionista. **Diseño:** Estudio retrospectivo, comparativo. **Resultados:** Se analizó en el año del 2003 a 195 pacientes con diagnóstico de persistencia de conducto arterioso con o sin malformaciones asociadas en los que se realizó cierre del conducto por medio de cirugía o por medio de intervencionismo, de los cuales eran 119 mujeres (60%), 76 hombres (40%) de edades menores de 30 días hasta mayores de 18 años, siendo 8 pacientes menores de 30 días (5%), mayores de 1 mes y menores de 1 año, 49 pacientes (25%), de 1 año a 6 años 77 pacientes (40%), 6 a 18 años 46 pacientes (23%), y mayores de 18 años 15 pacientes (7%). De los cuales 124 pacientes (65%) presentaron conducto arterioso sin malformación congénita agregada, y 71 (35%) pacientes con malformación congénita agregada, siendo malformación compleja en 30 pacientes 40%, defecto septal 22 pacientes (34%) coartación 19 pacientes (26%). El tratamiento para 124 pacientes (60%) con persistencia de conducto sin malformación agregada fue a través de intervencionismo en el 90%, y cierre quirúrgico en el 10%. En pacientes con persistencia de conducto arterioso y defecto septal fue intervencionismo 20%, y quirúrgico en el 80%. Y en pacientes que presentaron conducto arterioso más coartación o alguna malformación congénita compleja fueron tratados únicamente con cirugía en el 100% de los casos. La morbilidad del intervencionismo fue del 0.01% y de cirugía fue del 8%. **Conclusiones:** Primero, los pacientes con persistencia del conducto arterioso sin mal-

formación congénita agregada pueden ser tratados de primera elección por intervencionismo, segundo, los pacientes con persistencia de conducto arterioso con malformación congénita asociada deberán ser manejados con cirugía correctiva, tercero, el intervencionismo para ocluir al conducto arterioso tiene una morbilidad muy baja comparada con la cirugía

TC-055

TRAUMA PULMONAR POR SONDA DE PLEUROSTOMÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Calvillo BG, De la Peña MS, Ramírez CG, Arreola VB, García HG, Saavedra VD, Almaraz CD, Liho NA. Hospital General Tacuba, Departamento de Cirugía General

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Introducción:** El hemotórax es causado con más frecuencia por heridas penetrantes por lesión de vasos sanguíneos costales, mamaros internos o hiliares. También se puede lesionar el parénquima pulmonar, el tratamiento casi siempre incluye la colocación de sonda de pleurostomía en línea axilar media en el 5° espacio intercostal, si el sangrado es mayor de 1,500 cc o más de 200 cc por hora se requerirá de toracotomía. **Caso clínico:** Femenino de 72 años, con diabetes mellitus, hipertensión arterial. Ingresó con derrame pleural derecho, disnea, náusea y vómito. Rx con borramientos de ambos senos derechos. Papanicolaou negativo a malignidad. Se realiza pleurostomía con gasto de 2,000 cc, nueva valoración a Cirugía General 3 días después, drenando nuevamente 1,500 cc de material hemático, continuando con gastos de más de 200 cc por hora en 24 horas, por lo que se decide toracotomía anterolateral derecha, encontrando lesión parenquimatosa de lóbulo medio. Se repara la lesión, se drena y finalmente la paciente fallece por infarto agudo de miocardio. **Conclusión:** Dentro de las complicaciones en la colocación de la sonda pleural se menciona la lesión del parénquima pulmonar o de otro órgano si no se sigue una técnica adecuada, se sugiere la revisión digital de la cavidad torácica antes de colocar la sonda.

TC-056

GASTROPATÍA REACTIVA SECUNDARIA A REFLUJO BILIAR DUODENOGÁSTRICO EN PACIENTES POSTOPERADOS DE COLECISTECTOMÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN

Guardado AJ, Fernández GM, Aguilar LM, Cabrera AA, Avilés TL. Hospital General de Atizapán, Cirugía General

Introducción: La gastropatía reactiva entidad que se desencadena por reflujo biliar duodenogástrico, cuenta actualmente con estudios mundiales que han demostrado su presencia en pacientes postoperados de colecistectomía, reportándose los cambios histopatológicos en la mucosa gástrica por la presencia de bilis en la cámara gástrica y clínicamente manifestada por dolor en epigastrio, vómitos gastrobilíar. **Objetivos:** Determinar si la colecistectomía es un factor de riesgo para la gastropatía reactiva, identificar edad y sexo de mayor presentación, describir resultados histopatológicos de biopsias tomadas y determinar porcentaje de pacientes con gastropatía reactiva postoperados de colecistectomía. **Material y métodos:** Nosotros realizamos un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal incluyendo pacientes colecistectomizados sin antecedente de enfermedad acidopéptica que presentaron síntomas de dispepsia, revisamos y analizamos sus expedientes en los cuales se corrobora el diagnóstico y realizamos análisis estadístico por medio de media, mediana y moda y porcentajes. **Resultados:** Se revisaron 190 expedientes, incluyendo 72 solamente a este estudio, de los cuales fueron 49 mujeres (68.1%) y 23 hombres (31.9%), y se encontró que 43 pacientes (59.3%) se intervinieron programados y 29 pacientes (40.3%) de manera urgente, la edad promedio de presentación es de 45 años y el resultado histopatológico más frecuente fue metaplasia intestinal con *Helicobacter pylori* (+) en 34.7% de pacientes. **Conclusiones:** Es importante determinar la presencia de esta entidad ya que los cambios histopatológicos y la presencia de *Helicobacter pylori* puede ser un factor desencadenante de una neoplasia

gástrica. Proponemos un estudio prospectivo con endoscopia previa a la cirugía y posterior a ella para disminuir los sesgos.

TC-057

OCCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ÍLEO BILIAR. REPORTE DE UN CASO

Guardado AJ, Guardado SJ, Ayala FS, Hernández CI, Irazaval J. Hospital Privado Clínica y Maternidad CIVAC S.C., Cirugía General. CIVAC, Jiutepec Morelos.

Objetivo: Informar un caso. **Introducción:** El íleo biliar ocupa el 1% como causa de obstrucción intestinal, entidad ocasionada por el paso de cálculos biliares de gran tamaño a través de fístula entre vesícula biliar y dudodeno en su mayor porcentaje. Más frecuente en pacientes de 60 años o más. **Resumen:** Se trata de femenina de 64 años de edad sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Padecimiento de 15 días con presencia de vómitos abundantes verdosos, de contenido intestinal con intolerancia total a líquidos, sumándose dolor abdominal generalizado punzante y cólico durante su estancia en institución pública 10 días antes, vómito de 500 cc verdoso intestinal, fiebre 38° C, a su ingreso mismos síntomas FC 110X', ataque al estado general, refiere no canalizar gases durante 15 días a la Ef intranquila, irritable, facies de dolor sequedad de mucosas orales actitud antiálgica, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen distendido, globoso, timpánico con resistencia muscular, se auscultan ruidos metálicos sin peristalsis, rebote (+). TA 80/50, FR 26X'. Laboratorios Hb 15.4, Hto 45.8%, leucocitos 24,900, neutrófilos 74%, Tp 11.3 seg, TPT 24 seg, Gl 122, creat 3.7. Gabinete Rx simple de abdomen íleo generalizado niveles hidroaéreos y distensión de asas de intestino delgado, sin presencia de aire en ámpula rectal, USG no se aprecia vesícula biliar, se reporta como escleroatrófica, TAC abdominal con falta del paso del medio de contraste a nivel de íleon con masa intraluminal. Realizamos laparotomía con hallazgo de obstrucción intestinal a nivel de íleon proximal a 2 m de válvula ileoceal. Realizamos enterotomía longitudinal encontrando cálculo biliar de 3 x 2 cm de circunferencia, el cual se extrae haciendo cierre transversal en 2 planos. Fístula colecistoduodenal sin manejo quirúrgico. Evolución satisfactoria hasta el momento.

TC-058

VÓLVULO GIGANTE DE SIGMOIDES: REPORTE DE CASO

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

Antecedentes: El vólvulo es "la torsión del asa dilatada sobre su meso, con obstrucción parcial o total del tránsito intestinal, pudiendo existir o no compromiso de la circulación." Produce obstrucción de asa cerrada. Tercera causa de oclusión en países desarrollados. Mortalidad de 7-20%. Presenta perforación en 7-10%. **Caso clínico:** Masculino, 56 años, no cooperador al interrogatorio. SV: TA 110/70, FC 82X', FR 20X', TEMP 36.5 GC. 5 días de evolución con dolor abdominal tipo cólico, exacerbado en forma muy intensa, obligando a una posición en gatillo, con remisión del dolor en forma espontánea, acompañado de incapacidad para canalizar gases. Intranquilo, quejumbroso, desorientado, deshidratado. Abdomen distendido, timpanismo generalizado, peristalsis presente, aumentada en frecuencia e intensidad, sin datos de irritación peritoneal francos, dolor a la palpación media del abdomen. Rx de abdomen con imagen "en grano de café". Hallazgos quirúrgicos vólvulo de sigmoides de 80 cm de longitud aproximadamente, 20 cm de diámetro, despulimiento y adelgazamiento de serosa; líquido de reacción peritoneal. TXQX, Hemicolecotomía izquierda y procedimiento de Hartmann; evolución postoperatoria favorable, egresándolo al 2o día al tolerar la vía oral. **Conclusiones:** El sigmoides redundante y el megacolon son factores predisponentes para la volvulación. El sigmoides es el sitio más común y el cuadro clínico es de obstrucción intestinal. El diagnóstico es clínico y la radiografía de abdomen es clásica en 85%. En pacientes estables se recomienda manejo médico con hidratación y endoscopia, cirugía en el mismo internamiento. Pacientes inestables las opciones son colectomía subtotal, sigmoidectomía con cierre primario o procedimiento de Hartmann.

TC-059

ADENOCARCINOMA INFILTRANTE DE LA VESÍCULA BILIAR CON MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE PIOCOCLECISTO, ASOCIADO CON CULTIVO POSITIVO A SALMONELLA ARIZONA: REPORTE DE CASO

Baranda GJN, Sempé MJ, Retureta SF, García MLX. Hospital General de Veracruz

Antecedentes: La infección bacteriana crónica está asociada con alta incidencia de enfermedades del tracto biliar y la malignidad del mismo (1). Un estudio de área endémica (2) para la infección tifoidea y carcinoma de vesícula concluyen que hay 8.47 veces más riesgo de desarrollar carcinoma vesicular en portadores tifoideos con cultivos-positivos que los no portadores. Sugieren que el estado tifoideo del portador es un mecanismo posible de carcinogénesis vesicular. **Caso clínico:** Femenino 81 años, diabética 8 meses de diagnóstico. Pérdida de peso, 8 kg en 7 meses. Cuatro días previos a su ingreso presenta dolor abdominal tipo cólico, localizado en hipocondrio y flanco derecho, vómito de contenido gastrobiliar en tres ocasiones. Abdomen con hiperbaralgias en hipocondrio derecho y flanco ipsilateral, donde se palpa tumoración de bordes bien definidos, dolorosa, aproximadamente 10 x 10 cm, Murphy positivo. Laboratorio: Leucocitos 17,350, neutrófilos 89%, BT 2.0, Bl. 07, BD 1.3, AST 40, ALT 48, TP 11.7, TPT 30.2, Glucosa 140 USG: Vesícula biliar sobredistendida, paredes engrosadas, gran imagen de bordes irregulares ocupando casi la totalidad de la luz vesicular, no se moviliza con cambios de posición, dos imágenes hiperecóticas con sombra sónica posterior. Tratamiento: LAPE, vesícula biliar de 20 x 12 x 7 cm a tensión, material purulento y fétido aproximadamente 120 ml, 4 litos en su interior amorfos, vegetaciones en el interior, abscedadas. Hígado nodular, aspecto cirrótico. Histopatología: Adenocarcinoma infiltrante hasta la serosa y cirrosis hepática de Laennec. Cultivo: *Salmonella arizona* sensible a poliantibióticos. **Conclusión:** Identificar portadores asintomáticos de *Salmonella* para descubrir su asociación con colelitiasis y carcinoma de la vesícula biliar.

TC-060

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CRÓNICA POSTRAUMÁTICA

Zambrano-Gordo JA, Santaella-Sibaja MJ. Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Antecedentes: La hernia diafragmática se observa cuando los órganos intra-abdominales se localizan en la cavidad torácica a través del diafragma. Es una entidad rara en el adulto, cuando se presenta generalmente es precedida de traumatismo torácico o tóraco-abdominal, abierto o cerrado. La hernia diafragmática traumática constituye una de las formas más frecuentes de afección diafragmática en la actualidad. **Objetivo:** Presentar el caso de una hernia diafragmática posttraumática crónica de 8 meses de evolución. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 26 años de edad con el antecedente de lesión penetrante de hemitórax izquierdo y en hipocondrio izquierdo independientes una de la otra, que amerita colocación de sonda de pleurostomía y laparotomía exploradora. Así mismo presenta cuadros oclusivos intestinales recidivantes el último cuadro acompañado de síndrome de dificultad respiratoria, acompañado de fiebre no cuantificada, además de no canalizar gases y ausencia de evacuaciones. A la exploración de tórax movimientos respiratorios, abolidos del lado izquierdo, amplexión y amplexación abolidas, vibraciones vocales abolidas, matidez en región basal izquierda, ruidos respiratorios abolidos, el área cardíaca desplazada hacia la derecha. Tele de tórax se observa nivel hidroaéreo por lo que se realiza toracocentesis evacuando material purulento fétido. Se realiza estudio radiológico con material de contraste evidenciando estómago en hemitórax izquierdo, esfago desplazado, así como estructuras de mediastino al lado contralateral. **Resultados:** Se realiza toracotomía posterolateral izquierda, reducción de hernia diafragmática, reparación del diafragma, decorticación pleural, colocación de sonda de pleurostomía, laparotomía exploradora, resección intestinal con entero-enteroanastomosis término-terminal en dos planos y

colocación de bolsa de Bogota. Los hallazgos transoperatorios: Hernia diafragmática multivisceral conteniendo estómago, 1 m de íleon terminal a 20 cm de la válvula ileocecal, perforación y necrosis de íleon, edema intestinal importante, abundantes natas de fibrina y material intestinal en hemitórax izquierdo, pulmón izquierdo colapsado. **Conclusiones:** Las hernias diafragmáticas deben de sospecharse en aquellos pacientes con antecedentes de trauma torácico. El tratamiento quirúrgico es obligatorio, si bien en la fase crónica se prefiere una toracotomía, mientras que en la aguda es de preferencia la vía transabdominal, excepcionalmente será necesaria una incisión toracoabdominal.

TC-061

QUISTE GIGANTE DE MESENTERIO INFECTADO

Pantoja JJA, González SPA, Ramírez OBC, Ovando JE, Aguilar SJ, Gomezcordero LR, Aznar AJ, Pazaran MCD, García NR, Ortiz ZMA, Urzua VA, Vargas VVM, Escalona DMS, Sandoval GCF, Piña GMC. Hospital General de Tlalnepantla "Valle de Ceylán" ISEM

Objetivo: Presentación de un caso. **Sede:** Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán" ISEM segundo nivel de atención. Los tumores quísticos del mesenterio son lesiones poco comunes, generalmente únicas, que pueden localizarse desde duodeno hasta el recto. La localización más frecuente es en el intestino delgado. Masculino de 32 años de edad que ingresa al hospital con padecimiento de 24 h de evolución caracterizado por dolor tipo punzante, generalizado, acompañado de distensión abdominal, ultrasonido abdominal: Imagen quística de grandes dimensiones 40 x 25 cm, abundantes ecos en suspensión y de asentamiento con pequeñas vegetaciones en la pared, espesor de 4 mm, TAC: tumoración de gran tamaño a nivel de línea media, la cual mide aproximadamente 21.4 x 11.6 cm, de pared gruesa que se refuerza con el contraste y con un gran nivel hidroaéreo por la presencia de gas y líquido en su interior, la lesión se extiende hasta el estrecho pélvico superior. Puncionado fuera del servicio sin mejoría. Realizando laparotomía exploradora encontrando quiste con abundante material purulento y fétido en cantidad de 2,500 cc. Se realiza excisión del quiste en su totalidad, paciente actualmente con buena evolución. La prevalencia en México de quiste de mesenterio es de 1:100,000 admisiones hospitalarias, pueden ser sólidos o quísticos predominando los quísticos con un rango de 2:1. Se deben extirpar cuando presentan sintomatología abdominal importante y por la posibilidad de degeneración maligna, tratamiento de elección es la enucleación y exéresis del quiste. La punción de quiste de mesenterio está contraindicada.

TC-062

MANO DIABÉTICA

Urzúa VA, Ramírez OB, Aguilar SJ, Ovando JE, Gomezcordero LR, Aznar AJ, García NR, Ortiz ZMA, Pantoja JJA, González SPA, Vargas VVM, Escalona DMS, Sandoval GCF, Piña GMC. Hospital General de Tlalnepantla "Valle de Ceylán" ISEM

Objetivo: Reporte de un caso. **Sede:** Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán" ISEM. **Resumen:** Masculino de 50 años de edad. Con diabetes mellitus tipo 2 desde hace 7 años, manejado irregularmente con glibenclámda. Siete días previos sufre quemadura de segundo grado del pulgar derecho, ingresa al hospital con inflamación, edema, cianosis, limitación del movimiento y necrosis distal de región tenar y pulgar, con salida de material purulento, fétido. Glucemia de 340 mg/dl. Radiológicamente se observa lesión ósea de falange distal y gas en tejidos blandos. Tratado con fasciotomía drenando abundante material purulento y gas. Cefalosporina de tercera generación, imidazol y pulso-terapia venosa retrógrada. La evolución es tórpida, requiriendo desarticulación de falange distal. Se egresa al segundo día con antibiótico, analgésico e insulina NPH, para control como externo. **Discusión:** Se ha manejado el concepto de "pie diabético" para agrupar complicaciones necrobióticas. Un proceso idéntico se presenta en la mano. Una vez infectada se pierde la movilidad y se deforma. El 25% de los pacientes sufrirán la pérdida parcial o total de la extremidad.

TC-063

FIBROMATOSIS PROFUNDA (TUMOR DESMOIDE) DE TÓRAX POSTERIOR

Milán RJ, Reyes EJ, Tapia RA. Hospital San Vicente Cochabamba-Bolivia.

Antecedentes: Los tumores desmoides o fibromatosis agresiva de la región de tórax posterior es rara, son localmente agresivos, tienen un alto porcentaje de recurrencia después de la resección y no presenta metástasis. **Objetivo:** Informe del caso y revisión de la literatura. Informe del caso: Masculino de 43 años de edad con tumor en reg. de tórax posterior de 15 x 12 x 8 cm que abarca de C7 a T6 con biopsia tru cut compatible con tumor benigno de vaina de nervio periférico, TAC tumor de 16 x 12 x 10 cm de C7 a T12 sin infiltración de músculo o costilla, se realizó resección amplia + marcaje de lecho tumoral encontrando: tumor de 20 x 15 x 10 cm multilobulado con pseudocápsula por debajo de músculos infraescapulares con infiltración de arcos costales 4, 5, 6 en su tercio posterior y músculos de masas común con reporte histopatológico: Fibromatosis (Tumor desmoide) lesión infiltrativa, recibiendo teleterapia adyuvante 50 Gy a lecho quirúrgico. **Discusión:** La cirugía radical con márgenes negativos no es posible en muchos casos. La cirugía conservadora con radioterapia adyuvante es preferible que una cirugía radical. Existen reportes de quimioterapia adyuvante, uso de tamoxifen y sulindac.

TC-064

TUMORES DEL APÉNDICE CECAL. EXPERIENCIA DE 3 AÑOS EN EL HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL

Paz MM, Rodríguez GM, González MJJ, Barush CM, Gallegos GC, Cortés RJP, Castillo GA, Betancourt GJR. De los Departamentos de Cirugía General y Patología del Hospital Ángeles del Pedregal México, D.F.

Antecedentes: Los tumores primarios del apéndice cecal son entidades muy poco frecuentes; entre ellos destacan el adenocarcinoma, el adenoma vellosos y el carcinóide. El tratamiento es controversial recomendándose apendicectomía o hemicolectomía derecha dependiendo del tipo de tumor y su grado de infiltración. **Objetivo:** Analizar la frecuencia, forma de presentación y tratamiento efectuado en los pacientes con esta patología en el Hospital Ángeles del Pedregal durante los últimos tres años, comparándolas con los reportes en la literatura. **Material y métodos:** Se revisaron todos los expedientes clínicos de pacientes sometidos a apendicectomía en el periodo comprendido de enero, 2002 a junio, 2004, analizando sexo, edad, cuadro clínico, procedimiento quirúrgico practicado y resultado de histopatología. **Resultados:** Se revisaron 823 expedientes, la frecuencia encontrada fue 0.85%, comprendiendo dos adenocarcinomas y cinco carcinoides; seis presentaron sintomatología (Apendicitis aguda) y uno fue hallazgo incidental; a los siete se les realizó hemicolectomía derecha. **Discusión:** El apéndice es el sitio menos común de asiento de neoplasias del aparato digestivo, que son de difícil diagnóstico, pues generalmente se asocian a apendicitis aguda o sus complicaciones. El tumor más frecuente es el carcinóide y el de peor pronóstico el adenocarcinoma; son más frecuentes en mujeres y el tratamiento debe ser hemicolectomía derecha. **Conclusiones:** 1. Estos tumores ocurren con baja frecuencia, siendo habitualmente hallazgos transoperatorios. 2. No tienen sintomatología propia. 3. Su pronóstico depende de la oportunidad de su diagnóstico y del tratamiento practicado. 4. Los cirujanos debemos estar conscientes de esta patología y las posibilidades de tratamiento para ofrecer los mejores resultados a los pacientes.

TC-065

EVENTRACIÓN DIAFRAGMÁTICA. REPORTE DE UN CASO

Ortiz CF, Esmer SD, Sánchez ZC. Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" SLP, SLP

Antecedentes: La eventración diafragmática es una rara forma de afección diafragmática con una incidencia de 1 en 10 mil personas, puede ser congénita o adquirida, ésta última es la más frecuente y se debe a una lesión del nervio frénico durante el parto, a una intervención quirúrgica torácica, o por traumatismos, donde ocurre atrofia de las fibras musculares diafragmáticas. Una vez desarrollada, el aumento de las presiones abdominales, hace que se distienda aún más el diafragma, empuje las vísceras abdominales, se introduzca en la cavidad torácica sin rebasar el límite del diafragma, interfiera en la función pulmonar normal y disminuya la función respiratoria. **Objetivo:** Informe del caso. **Material y métodos:** Masculino de 42 años, 2 años 6 meses previos a ingreso es agredido por terceras personas recibiendo golpes contusos en tórax y abdomen sin atención médica, posteriormente presenta disnea progresiva de grandes a mínimos esfuerzos, dolor precordial opresivo de 3 días de evolución irradiado a MTI, se auscultan ruidos peristálticos en hemitórax izquierdo, EKG con BRDHH, radiografía tórax se observa colon en hemitórax izquierdo, SGD ángulo esplénico de colon atraído hacia el hemitórax izquierdo, TAC estómago y colon en posición intratorácica, fluoroscopia no concluyente. Se efectúa toracotomía izquierda con diagnóstico operatorio de eventración diafragmática izquierda. Se realiza plicatura diafragmática en 3 planos. Resultado: Buena evolución postoperatoria. **Conclusiones:** Clínicamente e imagenológicamente es difícil diferenciar entre una hernia o una eventración diafragmática, el diagnóstico definitivo es quirúrgico.

TC-066

DIVERTÍCULO CALICIAL. REPORTE DE UN CASO

Ortiz CF, Sánchez SG. Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" SLP, SLP

Antecedentes: El divertículo calicial es una eventración congénita del sistema colector renal limitado por urotelio situado en la superficie de un cáliz menor al que se comunica por un estrecho canal y desarrollado dentro del parénquima renal. La incidencia de la formación de cálculos dentro del divertículo es de 9.5 a 39% causado por estasis de la orina o anomalías metabólicas. Las indicaciones de cirugía incluye la presencia de litiasis, infecciones recurrentes, hematuria macroscópica y dolor crónico en donde está el divertículo. El tratamiento es con nefrostomía abierta, cierre del infundíbulo, marsupialización y fulguración de la cavidad diverticular, nefrectomía parcial o por vía percutánea. **Material y métodos:** Femenino de 65 años con antecedente de infecciones urinarias recurrentes, 1 mes previo a su ingreso presenta dolor tipo cólico en flanco derecho irradiado a región lumbar, náusea, vómito, acude a hospital donde dan tratamiento sintomático, se realiza US abdominal que reporta hidronefrosis, dilatación de grupo calicial superior de RD con litiasis. UE con calcificación peri renal derecha dependiente de cáliz superior. TAC de abdomen masa renal en polo superior derecho con diferentes densidades. Es sometida a cirugía realizándose nefrectomía parcial derecha. **Resultados:** Adecuada evolución postoperatoria. **Conclusiones:** Es una patología rara y su manejo ha sido controversial, actualmente el más recomendado es el abordaje percutáneo pero puede ser de difícil acceso, gran tamaño o presentar recurrencia por lo que se indica la cirugía abierta.

TC-067

HERNIA INGUINAL GILBERT TIPO 3 ENCARCELADA EN LACTANTE DE 2 MESES. REPORTE DE UN CASO

Guardado AJ, Guardado SJ, Hernández CI, Rodríguez RR, Faust R. Hospital Privado Clínica y Maternidad CIVAC, S.C. Cirugía General CIVAC, Jiutepec, Morelos

Introducción: Las hernias inguinales indirectas son congénitas, tienden a ser familiares y se presentan a cualquier edad. Son más frecuentes en varones, pueden presentarse con hidrocele en su mayor porcentaje y sin hidrocele. El diagnóstico puede ser difícil en neonatos y lactantes por que el saco no siempre está lleno. **Objetivo:** Reportar un caso. **Resumen:** Se trata de masculino de 2

meses de edad con antecedentes de nacer por cesárea. Por baja reserva fetal se ingresa a esta unidad con cuadro de dolor, llanto, irritabilidad así como vómito con presencia de masa protruíble a nivel de región inguinal izquierda la cual se aprecia hasta región escrotal la cual no es reductible con maniobras a su ingreso. FC 100X', Temp 37.5oC, FR 22X', Laboratorios Hb 13.4 mg, htp 34%, TP 13 seg TPT 33 seg, se procede a intervenir quirúrgicamente realizándose un bloqueo caudal, sólo que al momento de realizar bloqueo presenta reducción de hernia inguinal y se procede a realizar plastía inguinal con hallazgo de saco herniario indirecto de 10 cm de longitud. Una vez disecado, con hidrocele no comunicante se procede a realizar plastía de tipo Mitchel Vans (ligadura alta de saco) y más hidrocelectomía izquierda evolucionando adecuadamente el paciente hasta la fecha. **Comentario:** Es controversial si el cirujano general puede resolver casos quirúrgicos de cirugía pediátrica tanto urgentes como programados, pero si hay el adiestramiento y se cuenta con las bases teóricas y prácticas podremos resolver siempre y cuando estén a nuestro alcance los casos como éste ya que el tiempo es vital.

TC-068

FÍSTULA PERITONEO CUTÁNEA MÁS EVENTRACIÓN POSTQUIRÚRGICA COMO COMPLICACIÓN DE PLASTÍA DE PARED CON MATERIAL SINTÉTICO. REPORTE DE UN CASO

Vivas MJL, Silva AI, Rovelo LJE, Girón MJ, Ramírez GA, Girón VJ, Melo JLS. Presentador: Dr. José Luis Vivas Montoya. Hospital Juárez de México, SSA. Servicio Cirugía General

Femenina 65ª, APP: HAS, DM2, cardiopatía, cesárea, HTA, sepsis abdominal, plastías pared sin y con malla. Inicia padecimiento hace 5ª posterior a plastía de pared con malla, presentando aumento de volumen delimitado y progresivo sobre línea paramedia inf izq, acompañándose con dolor al palpase y eritema, posteriormente presenta fluctuación y salida de líquido seroso mejorando los síntomas y desapareciendo la tumoración, la salida líquida persiste 1 mes hasta cerrar orificio de 3 mm, asintomática 60 días repitiéndose el cuadro múltiples ocasiones con mayor severidad, aumento importante del volumen, tiempo y salida del líquido mencionado. Encontramos, TA:150/100 mmHg FC: 84x' FR: 16x' T: 36.9°C, peso 89 kg. Campos pulmonares sdp, abdomen globoso por pániculo adiposo, peristalsis normal, blando, depresible, sin IP, hxqx media infraumbilical, palpándose tumoración de pared 10 cm diam, delimitada sin cambio de coloración, fija, dolorosa al manipular y sin salida líquida. USG 23/02/03: Pared abdominal quiste delimitado desde malla subaponeurótica hasta piel, diámetros: 52x97x32 mm, líquido 40 cc. Labs: Hb: 14.1, Hto: 38, L: 6,000, Plts: 144,000, G: 138, U: 23 C: 0.8, Na:142, K: 3.8, Cl: 99. **Evolución:** Realizamos intervención quirúrgica, incisión elíptica transversal 30 cm incluyendo tumoración de pared disecándola desde aponeurosis con paredes 0.4 cm espesor, salida de material seroso, encontrando defecto de pared de 3 cm en base de quiste, visualizándose malla polipropileno debajo de aponeurosis posterior, resecamos bordes aponeuróticos y colocamos puntos Smead-Jones prolene 0. Localizamos eventración postquirúrgica en flanco izquierdo de 6 cm diam con epiplón en su interior, invaginamos saco y colocamos puntos Smead-Jones prolene 0. Cerramos por planos, retiramos drenovac en 15 días POP, revisiones durante 4 meses sin recidiva y evolución satisfactoria.

TC-069

ABSCESO DE COLON TRANSVERSO POR ACTINOMICES SPP

Urbina VF, Mejía NR, Vargas CS. Hospital Ángeles del Pedregal

Mujer de 46 años de edad que acudió a urgencias, con cuadro de 1 mes de evolución con dolor abdominal y evacuaciones disminuidas de consistencia. Recibió tratamiento como salmonelosis, analgésicos y antimicrobianos por dos semanas sin mejoría de la sintomatología, se sumó al cuadro clínico alzas térmicas no cuantificadas y tumor a nivel de hipocondrio izquierdo motivo por el cual se presente a este servicio. A la exploración la paciente se encuentra taqui-

cárdica, ligeramente pálida, con tumor a nivel de hipocondrio y flank izquierdo, de aproximadamente 10 cm x 15 cm, con bordes delimitados, duro, fijo a planos profundos, doloroso a la palpación superficial y profunda, datos francos de irritación peritoneal, peristalsis aumentada. La biometría hemática con leucocitosis discreta sin desviación a la izquierda no reportan bandas. Rx. de abdomen con imagen de absceso en cuadrante superior izquierdo que desplaza la imagen del colon descendente a la izquierda. TC de abdomen con contraste de colon, con hallazgos de absceso intraabdominal tabicado que se encuentra a nivel de ángulo esplénico del colon e infiltra pared abdominal. Los hallazgos transoperatorios fueron de un gran absceso que comprometía pared con aproximadamente 250 cc de material purulento, gran reacción fibrosa que dificultó la disección por laparoscopia por lo que se convirtió el procedimiento, se encontró colon transverso cerca del ángulo esplénico comprometido con el absceso por lo que se realizó resección segmentaria de colon transverso con anastomosis primaria término-terminal. El reporte histopatológico fue de Actinomicosis spp.

TC-070

QUISTE DERMOIDE: INFORME DE UN CASO

Arellano DLRC, Vásquez CNP. Hospital Integral de Acajete, Puebla, SSA

Introducción: Los quistes dermoides son lesiones que pueden presentarse en cabeza y cuello con una incidencia que va del 1.6 al 6.9 %. Otra localización descrita es en la fontanela anterior en el nacimiento. Estos quistes están llenos de queratina y cantidades variables de contenidos lipídicos derivados de secreciones sebáceas. **Objetivo:** Descripción de un caso de quiste dermoide de región frontal de 40 años de evolución. **Descripción del caso:** Femenino de 43 años con lesión en la región frontal de 40 años de evolución crecimiento lento y progresivo a partir de los tres años de vida. La exploración física reveló tumoración redonda en región frontal, móvil no fija a planos profundos de aproximadamente de 9 x 8 cm, consistencia blanda no dolorosa sin adenopatías en cuello. Laboratorios: TP 12 "TPT 34", tipo sanguíneo O + hb 13 hto 42 plaquetas 231,000. Rx de cráneo proyecciones ap y lateral, abultamiento de tejidos blandos de la región frontal. **Resultados:** La paciente se somete a biopsia escisional de la lesión bajo anestesia general inhalatoria enucleando la lesión, realizamos zetaplastia de piel cabelluda cubriendo el defecto dejando dos drenajes que se retiraron al 2º día, evolución postoperatoria satisfactoria. El reporte histológico formación quística de 10 x 9 x 5 cm superficie externa rugosa al corte salida de material sebáceo amarillento y líquido seroso, superficie interna lisa blanquecina espesor pared de 0.3 cm. Las secciones histológicas, pared de tejido fibroconectivo revestida por epitelio plano estratificado con anexos y abundantes glándulas sebáceas concluyendo: Quiste dermoide de región frontal. **Conclusiones:** La mayoría de los quistes dermoides son lesiones benignas cuyo contenido es material sebáceo, el manejo quirúrgico puede llevar a la curación con una baja morbilidad y nula mortalidad debido a su ausente extensión intracraneal. La degeneración maligna en estos casos es rara.

TC-071

QUISTE HEPÁTICO HIDATÍDICO UNILOCLAR. REPORTE DE UN CASO

Muñoz MG, Escobedo VMM, Cantú SAN, Carmona MMA. Servicio de Cirugía General Hospital Universitario "José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León

Introducción: Es una enfermedad que se observa con una mayor frecuencia en el norte del continente americano, producido por un parásito, un cestodo (*Echinococcus granulosus*), transmitido por heces de perros hacia los animales y de éstos al ser humano. Algunas áreas que se pueden afectar son los huesos, pulmón, riñón y cerebro entre otros órganos, siendo el lóbulo hepático derecho el más afectado. El diagnóstico es sencillo por métodos de imagen como ultrasonido y TAC, siendo también útiles para planear la terapéutica.

El diagnóstico quiste hidatídico se debe de realizar en base a la sospecha clínica, imagen y confirmativo con estudios de inmunológicos. Algunos manejos que se pueden dar en la actualidad son el drenaje percutáneo del quiste y la intervención vía laparoscópica y/o la convencional, con la esterilización de la cavidad con solución salina hipertónica, con hilitano o con alcohol. **Resumen clínico:** Se trata de una paciente femenina, de 70 años de edad, originaria de Galeana N.L., sin ningún antecedente de importancia, la cual inició su padecimiento 11 meses antes de su ingreso, con dolor abdominal leve tipo sordo en la región del epigastrio-hipocondrio derecho, el cual se presentaba de manera intermitente, sin agravantes ni atenuantes, el cual fue siendo progresivo de manera insidiosa. Acude a consultar con un médico, quien le ordena realizar una ecografía de abdomen superior en la cual se reveló una tumoración hepática dependiente del lóbulo izquierdo, la paciente es referida al servicio de cirugía general para su atención. A la exploración física: cabeza, cuello, tórax, pelvis y extremidades se encontraban sin datos clínicos relevantes. En abdomen se encuentra globoso a expensas de panículo adiposo, con una tumoración en epigastrio mal definida, blanda, depresible y poco doloroso a la palpación media profunda, con borde hepático a 3 cm por debajo del borde costal derecho, con peristalsis normal sin presencia de soplos. Se decide realizar una TAC en la cual se observa una tumoración en el lóbulo hepático izquierdo que ocupa casi la totalidad de éste. En los estudios de laboratorio no se encontró algún dato de importancia y dentro de los estudios serológicos se encontró anticuerpos positivos contra *Echinococcus granulosus*. Con estos datos llegamos al diagnóstico de una quiste hidatídico hepático y se decide llevar a quirófano para punción de éste, esterilización con alcohol al 96% y resección, la cual se llevó a cabo sin complicaciones. **Discusión:** Teniendo en cuenta el manejo del quiste hepático y que en este caso se realizó un tratamiento quirúrgico esterilizando la cavidad con alcohol al 96%, se debe de considerar como terapéutica en la aplicación, junto con los demás agentes escolisidas en la esterilización del quiste hepático hidatídico. **Conclusiones:** El manejo con la esterilización de la cavidad del quiste hepático hidatídico con alcohol al 96% y resección quirúrgica fue efectiva y sin complicaciones en este paciente.

TC-072

LESIONES INTRAABDOMINALES EN PACIENTES CON TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO

Muñoz MG, Márquez MR, Cantú SAN, Cantú SRM, Carmona MMA, Leal ALA. Servicio de Urgencias Shock-Trauma del Hospital Universitario "José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León. México

Introducción: En la evaluación inicial del paciente politraumatizado con evidencia de trauma abdominal contuso es importante el realizar una evaluación completa, que incluya una vía aérea permeable, que esté desde el punto de vista ventilatorio y circulatorio íntegro. En la exploración abdominal se debe de inspeccionar en busca de huellas de trauma. En el trauma abdominal cerrado el órgano que con mayor frecuencia se lesiona es el bazo seguido del hígado. Teniendo como métodos diagnósticos la ecografía abdominal, la TAC y el lavado peritoneal, los cuales se deben de implementar según el caso. **Material y métodos:** Se revisó los expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de Urgencias del Hospital Universitario de 01-01-2002 al 31-12-02. Criterios de inclusión: Pacientes politraumatizados con trauma abdominal contuso sometidos a cirugía, que tuvieran el expediente completo, que fueran valorados por el Servicio de Cirugía General. Criterios de exclusión: Expediente incompleto, que no se encontrara en expediente. Se analizaron las siguientes variables: Sexo, edad, signos vitales al ingreso, tiempo preoperatorio, cantidad de líquidos administrados y paquetes globulares preoperatorios, sangrado transoperatorio, abdomen agudo al ingreso (en caso de paciente consciente), lavado peritoneal, ecografía abdominal, hematócrito al ingreso, evolución postoperatoria. Las variables demográficas se describirán en porcentaje. Tipo de estudio: Estudio retrospectivo, descriptivo. **Resultados:** Se revisaron 33 expedientes, excluyendo 10 por estar incompletos, de los 23 revisados, 18 fueron hombres, 5 mujeres, con una edad promedio

de 36.5 años. Las lesiones fueron producidas por: atropellamiento en 14 pacientes (60.8 %), accidente automovilístico 8 (34.7 %) y caída en 1 (4.3 %). Los diagnósticos de la cirugía fueron lesión esplénica en 12 de los pacientes (52.1%), lesión hepática en 11 (47.8 %), lesión retroperitoneal en 6 (26.0%) lesión de mesenterio en 2 (8.0%), hernia diafragmática 2 (8.0%), lesión asociada del bazo con el hígado se observó en 7 pacientes (58.3%). Se encontraron lesiones asociadas en 17 pacientes (79.9%), de los cuales fueron: Traumatismo craneoencefálico en 10 (58.8%). Fracturas en 7 pacientes (41.1%) de las cuales 5 eran expuestas (71%), trauma torácico en 7 (41.1%), lesión de pelvis en 2 (11.7%). Los métodos diagnósticos que se utilizaron fueron: lavado peritoneal en 18 pacientes (78.2%), la ecografía abdominal en un 13% y la radiografía de tórax en 8.0%. De los 23 pacientes, fallecieron en el postoperatorio inmediato 11 (47.8%), de los cuales la presión sistólica al ingreso en promedio fue de 70 mm de Hg y la diastólica de 45 mm de Hg, y 1 (4.3%) fallecieron en el postoperatorio tardío. **Conclusión:** Se observó que el órgano intraabdominal más afectado fue el bazo, seguido del hígado, una alta relación de lesión hepática al tener lesión esplénica, y una alta incidencia de lesiones asociadas extraabdominales de gravedad.

TC-073

QUEMADURAS: INCIDENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Méndez J, Navarro A, Ibarra L, Reyes G, Hernández J, Moreno J. Hospital "Alfredo Pumajero"

Antecedentes: La literatura reporta en series de casos y revisiones que la incidencia en quemaduras son principalmente en niños y ancianos, siendo las de 2do grado las que ocupan el mayor número de casos y tratamiento hospitalario. **Objetivos:** Reportar la incidencia de casos en el hospital de segundo nivel Dr. Alfredo Pumajero, de enero del 2003 a enero del 2004. **Material y métodos:** Se incluyeron todos los pacientes con quemaduras que ingresaron por urgencias adultas y urgencias pediátricas, durante el periodo mencionado, evaluándose por la Regla de los 9 en adultos y de la palma en niños menores de 9 años, diferenciándose: sexo, edad, días de estancia, grado de quemaduras, superficie corporal quemada (SCQ) y lavado quirúrgico. **Resultados:** Ingresaron un total de 79 pacientes. El 65.8% hombres, 34.2% mujeres, en el grupo de 0-9 años (46.8%), de 10-19 (17.7%), de 20-29 (12.6%), de 30-39 (13.9%), de 40-49 (5.0), + 50 (3.7%). Días de estancia 0-1d (74.6%), 2-3d (10.1%), 4-5d (6.3%), + 5d (8.8%). Quemaduras 1er (51%), 2do (82.2%), 3er (12.6%), ya que hubo lesiones mixtas. (SCQ) 0-19% (84.8%), 20-39% (6.3%), +30% (8.8%), y (8.8%) lavado quirúrgico. **Conclusiones:** Los niños siguen siendo los más afectados, con estancia de 0-1 días, por ser quemaduras de 1er y 2do grado con SCQ de menos de 20% y con lavado quirúrgico, cuando sean de 2do y 3er grado con más de 20% SCQ, por lo que hay que hacer más énfasis en la profilaxis de este tipo de lesiones.

TC-074

ADENOCARCINOMA DUODENAL DE LA SEGUNDA PORCIÓN

Rodríguez GAJ. Hospital ISSSTE, Cd. Valles, S.L.P.

Antecedentes: El adenocarcinoma primario representa el 0.3% de todas las neoplasias malignas del tracto gastrointestinal. Mayor en la séptima década de la vida y síntomas más frecuentes son obstrucción 48%, anemia 39%, dolor abdominal 33%; pero el 80% los casos presentan metástasis al diagnóstico. **Objetivo:** Presentar un caso de adenocarcinoma de la segunda porción del duodeno y revisión del tema. **Caso clínico:** Masculino de 84a, tabaquismo 20a, HTA 4a; acude por presentar vómito de 24 hrs. de evolución. EF y laboratorio normales. Endoscopia a 2 cm de la primera flexura duodenal lesión medial dura, excrescente, ulcerada que obstruye el 80%, toma de biopsia. TAC dilatación de la primera porción del duodeno con presencia de una estenosis a nivel de la segunda porción engrosamiento concéntrico de la pared que alcanza 3 cm, adenomas galias retroperitoneales periaórticas y pericavales que alcanzan 3 cm. Resultado histopatológico: Adenocarcinoma bien diferenciado

con área de tipo papilar. Se realiza cirugía paliativa. **Discusión:** Datos de mal pronóstico margen quirúrgico positivo, extensión venosa extramural, ganglios positivos, tumor mal diferenciado y antecedente de Crohn. Enfermedad metastásica al diagnóstico la sobrevida en menor a 6 meses. La pancreatoduodenectomía es la cirugía de elección en la primera y segunda porción, siendo curativa 67% y paliativa 33%. **Conclusión:** La sobrevida de los pacientes, está influida por múltiples factores entre ellos lo tardío del diagnóstico.

TC-075

GOSSYPIBOMA, FACTORES DE RIESGO Y PRESENTACIÓN DE UN CASO

González P, Servín E, Marrufo C, González ED, Flores M. Departamento de Cir. Gral. HECM "La Raza"

Reporte del caso: Fem. 23 a. Ant.: Apendicectomía 1998. Cesárea 2003 por incompetencia itsmocervical. Esplenectomía 2004 por P.T.I. PA. Inicia 15 días posterior a su última cirugía. Fiebre hasta 39° C, dolor abdominal intermitente, generalizado, tipo cólico, disminuye con analgésicos, distensión abdominal, intolerancia a la VO, pérdida de peso 8 kg. Se automedica con analgésico y antimicrobiano. EF. Rubicundez facial, abdomen distendido, cicatriz media infra y supraumbilical, tumoración en flanco izquierdo de 5 cm. Dolor intenso a la movilización. Se somete a laparotomía exploradora encontrándose cuerpo extraño ("Gossypiboma o Textiloma") en corredora parietocólica izquierda material purulento fétido aprox. 200 cc, conglomerado de asas intestinales, absceso interasa y coágulos de fibrina. Factores de riesgo reportados en la literatura. Cambio de turno del personal de enfermería. Hemorragia masiva. Fatiga del equipo quirúrgico. Cirugía de emergencia. Encuesta a cirujanos. Obesidad. Hallazgos transoperatorios inesperados. Múltiples equipos quirúrgicos. Existencia de 2 o más procedimientos mayores. Tiempo quirúrgico de más de 12 h. Cambio del personal del personal de enfermería durante la cuenta de gases y compresas. **Conclusiones:** Situación rara. Incidencia 1 - 8,801 a 1 - 18,760. Una revisión de 16 años encontró 54 pac. con 61 cpos. extraños (69% compresas, 31% instrumentos). La ubicación más frecuente fue abdomen izquierdo (54%). Dx es por Rx y TAC 67%, ex. físico 24%, reintervención 9%. Las complicaciones: Reintervención 69%, sepsis 43%, fístula u obstrucción 15%, perforación de víscera hueca 7%.

TC-076

VESÍCULA EN PORCELANA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

González P, Reyes AS, Palemonte J, Faz R. Servicio Cirugía General HGR No. 72

Presentación del caso: Fem. de 79 a. HAS manejo con captopril, furosemide. PA. Un año de evol., dolor cólico en HCD mod. intensidad, irradiado a la escápula dcha. sec. a la ingesta de colecistokinéticos. Náusea, vómito (2-3) contenido gastrobiliar. Cuatro días previos a su ingreso el dolor incrementa de intensidad y se agrega ictericia. EF. Ictericia (+) en conjuntiva. Abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo. Peristalsis presente. Blando, sin datos de irritación peritoneal. Murphy (+). Se somete a colecistectomía abierta más Exp. de vías biliares. Encontrando vesícula biliar de 5 x 3 x 2 cm consistencia dura. Cístico 0.8 mm, colédoco de 1.5 mm con lito de 10 mm en su tercio distal. Se coloca sonda de Catell. En posq. colangiografía por ST corroborando permeabilidad a duodeno. El reporte de patología descarta malignidad. **Revisión del caso en la literatura:** Una calcificación solitaria en el CSD indica patología de vesícula biliar (VB). El diagnóstico es un hallazgo fortuito, siendo la placa simple de abdomen y el USG HVB muy sensibles. La calcificación de la pared en la VB se asocia con el Ca de VB. Se estima de 12 a 61% la incidencia de Ca en aquellos casos de VP. Otros factores de riesgo: Colelitiasis (lito mayor de 3 cm); fístula colecistoentérica; anomalías de la unión pancreatobiliar; pólipos o adenoma de la VB; quiste coledociano; exposición a carcinógenos industriales.

TC-077

HERNIA INGUINAL CON "PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO" MANEJADO CON NEUMOPERITONEO, INFORME DE UN CASO
García SJ, Bello RMA, Bedolla MF. IMSS, HGZ No. 8, D.F.

Antecedentes: Se define como hernia con "pérdida de derecho a domicilio" a los defectos ventrales o inguinales con muchos años de evolución que presentan sacos gigantes que contienen vísceras que no pueden ser reducidas porque la cavidad abdominal ya no tiene la capacidad de alojarlas. **Objetivo:** Demostrar que el manejo con neumoperitoneo en hernias con pérdida del derecho a domicilio es vigente y que no tienen consecuencias negativas en la fisiología utilizando una presión abdominal adecuada. **Informe del caso:** Masculino de 60 años de edad, el cual tiene un padecimiento actual de 20 años de evolución con una hernia inguinal izquierda, la cual en su inicio era reducible, fue creciendo progresivamente hasta el momento de la consulta en que medía 60 cm de diámetro, ya no era reducible y la cual impedía la bipedestación. **Método:** Se colocó un catéter doble lumen intraperitoneal en hipocondrio izquierdo y se insufló con aire ambiental en sesiones diarias de 1,200 ml cada una por 5 días controlando la presión intraperitoneal con un baumanómetro de mercurio sin subir de 12 mm de Hg. Un día antes de la cirugía se aplican enemas evacuantes como medida precautoria. La técnica quirúrgica realizada fue Lichtenstein, con un tiempo quirúrgico de 45 min.

TC-078

SCHWANNOMA INTRATORÁCICO DEPENDIENTE DE PLEURA VISCERAL: REPORTE DE UN CASO

Múzquiz GG, Castellanos RA, Aguilar VH, Santillán JH, Palacios R. Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Femenino de 35 años de edad, inicia padecimiento hace un año, con dolor punzante, tolerable, en hemitórax anterior izquierdo, ocasionalmente con parestesias de brazo izquierdo, manejo inicial con analgésicos, un mes previo a ingreso, exacerbación del dolor, exploración física encontrando vibraciones vocales aumentadas, y matidez, hipoventilación basal en hemitórax derecho, estro sin comentarios; telerradiografía lateral derecha y TAC reportando masa ovoidea basal derecha, ubicación anterior dependiente de pared torácica de 8.1 x 9.3 cm de diámetro. Biopsia por punción, Schwannoma de bajo grado de malignidad. Toracotomía derecha, se identifica lesión dependiente de pleura visceral con pedículo proveniente de lóbulo inferior y resección completa. Reporte de patología Schwannoma y neurofibroma de nervio periférico negativo a S-100. Los Schwannomas son derivados de células de Schwann, asociados a la disfunción del gen supresor NF2. Son solitarios, excepto cuando se relacionan a neurofibromatosis. Pueden ser benignos o malignos y originarse de nervios craneales, espinales o periféricos. Habitualmente son asintomáticos, cuando presentan síntomas es por compresión adyacente. El Schwannoma maligno es agresivo, su origen más frecuente es por transformación maligna de un neurofibroma. Por histología existen dos variedades tipo A y B de Anthony. La inmunohistoquímica de estas lesiones es positiva para proteína S-100. EL tratamiento definitivo es la resección completa de las lesiones.

TC-079

MANEJO DE QUEMADURAS DE 1° Y 2° GRADO, SUPERFICIAL Y PROFUNDAS CON LOCALIZACIÓN EN EXTREMIDADES CON BOLSA DE POLIETILENO

Ruiz SF, Calles LG. Escuela de Medicina "Justo Sierra". HGZ 57 IMSS. México, D.F.

Antecedentes: El manejo de las quemaduras en la actualidad se basa en las premisas de orden funcional, estético y del costo. Una vez que se reconoce la lesión en quemaduras, sobre todo de segundo grado superficial y profunda, existen varias alternativas para cubrir la superficie lesionada, dentro de las cuales se encuentran a los

aloinjertos de cadáver o paciente donador, xenoinjerto de piel de cerdo, biobrane (colágeno y nylon), piel artificial íntegra, queratinocitos cultivados, etc. Sin embargo no siempre hay disponibilidad en todos los niveles de atención o el costo no es accesible al paciente. **Objetivo:** Lograr que el paciente con quemaduras de 1° y 2° grado superficial y profunda se reincorpore a su vida laboral y social de manera rápida, con una funcionalidad, cicatrización y resultado estético adecuados. **Material y métodos:** El método propuesto consiste en realizar curaciones diarias con yodo, seguidas de el lavado con agua y jabón, con la posterior aplicación de nitrato de plata en crema, toda la región se aísla con una bolsa de polietileno la cual previamente se esteriliza. Ésta permanece durante las 24 hrs. del día durante todo el proceso de cicatrización, hasta el inicio de la reepitelización. **Resultados:** El método se aplica actualmente en pacientes de HGZ 57, con resultados preliminares satisfactorios, disminuyendo en forma importante el dolor, ausencia de infección, conservación de líquidos y electrolitos en la zona afectada, así como cicatrización y funcionalidad adecuadas. **Conclusión:** El presente método es de fácil aplicación, incluso en el domicilio del paciente, con un bajo costo y accesible en todos los niveles de atención. La bolsa de polietileno aísla de la agresión del medio a la zona lesionada y conserva los tejidos en un medio aséptico.

TC-080

COLITIS QUÍSTICA PROFUNDA. INFORME DE UN CASO

Medina PJB, Fenig RJ, Velázquez GJA, Delgadillo TGH. Práctica Quirúrgica Privada, Ciudad de México

Antecedentes: Este es un trastorno benigno raro que afecta al recto y al colon en forma aislada o a todo el colon y al recto en forma difusa. Como lesión aislada, su sitio más frecuente es a 12 cm del borde anal. Aparece como una lesión polipoide blanda y elevada con grados variables de ulceración y puede estar asociada a otras patologías que predisponen a la irritación de la pared intestinal, como son la úlcera duodenal solitaria, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, pólipos adenomatosos, disentería, prolapso rectal y síndrome de Peutz-Jeghers. Se define histológicamente como la obliteración de la lámina propia por fibroblastos y presencia de quistes submucosos. **Objetivo:** Presentar el tercer caso reportado en la literatura nacional. **Informe del caso:** Paciente femenina de 42 años de edad, con historia de estreñimiento persistente de 8 años de evolución, en ocasiones cuadros diarreicos, intercurrentes; meteorismo y dolor de tipo cólico localizado al cuadrante inferior izquierdo. En protocolo de estudio con hallazgos en colon por enema de múltiples defectos de llenado positivos en la pared del colon, sobre todo, en la mitad izquierda y cambios en el calibre de la luz en su porción sigmoidea. Dadas las características de los hallazgos y la persistencia de la sintomatología a pesar del manejo médico-dietético, se decidió la realización de resección electiva del segmento afectado. **Resultados:** Producto de hemicolectomía izquierda, con serosa lisa, ligeramente despolvida y congestiva. Al corte la mucosa edematosa, apreciándose múltiples zonas de ulceración superficiales menores a 2 mm, y dos formaciones pseudosaculares de 4 mm, al corte, limitadas a la mucosa. La descripción microscópica muestra en la lámina propia un ligero infiltrado linfoplasmocitario focal, en ocasiones acompañado de ausencia del epitelio superficial, frecuentemente en estrecha relación con folículos linfoides, muchos de ellos con centros germinales prominentes. Numerosos sitios donde el epitelio forma criptas profundas que empujan la muscularis mucosae hacia la mucosa. Sin divertículos y límites quirúrgicos sin lesión. **Discusión:** El desconocimiento de la verdadera causa se pone de manifiesto por los diversos términos bajo los cuales se ha descrito este trastorno: quistes enterógenos del recto, pólipo hamartomatoso invertido del recto, síndrome de la úlcera solitaria del recto y síndrome del perineo descendente. Se han difundido las teorías sobre un origen traumático: prolapso rectal, prolapso de la mucosa rectal y relajación de los músculos perineales. **Conclusiones:** Los conocimientos actuales de la enfermedad no permiten dar conclusiones definitivas acerca del tratamiento más adecuado, sin embargo, se recomienda que los pacientes sin prolapso rectal se traten en forma conservadora

(34% de respuesta favorable). Cuando exista prolapso rectal, mucoso o muscular con manifestaciones severas se recomienda cirugía por vía abdominal o perineal; si no existe prolapso rectal, pero los síntomas persisten lo recomendado es la excisión local de la lesión (65% de mejoría). La importancia de esta alteración gira en torno a la confusión de la lesión con un adenocarcinoma mucinoso. A veces, este tipo de adenocarcinoma alberga zonas de elementos epiteliales de aspecto benigno, de manera que las lesiones se denominan benignas. Por lo consiguiente, deben obtenerse múltiples biopsias.

TC-081

HERNIA DE BOCHDALEK DERECHA. REPORTE DE UN CASO

Martínez MAR, Sierra TOA, González RV, Peralta DNR, Jiménez BB. Hospital General de México O.D. Cirugía Pediátrica

Antecedentes: En 1848, Bochdalek describió una hernia diafragmática congénita de localización posterolateral. Tiene una incidencia de 1:2,200 a 1:5,000 nacidos vivos. La localización más frecuente es izquierda con relación de 8:1 sobre la derecha. El tamaño del defecto varía de 1 a 3 cm; y del 10 al 20% de los casos presentan un saco herniario. Se manifiesta en las primeras 24 horas de vida. **Objetivo:** Reportar un caso de hernia de Bochdalek con localización derecha. **Reporte de caso:** Femenino de 7 días de edad, con antecedente de embarazo normo-evolutivo, parto eutócico, APGAR 8/9. Al sexto día presentó dificultad respiratoria, cianosis y acidosis respiratoria. A la exploración física se auscultaron ruidos peristálticos en hemitórax derecho, la radiografía de tórax demostró asas intestinales en hemitórax derecho. Se dio apoyo ventilatorio y cirugía. En la laparotomía exploradora se encontró un defecto del diafragma posterolateral derecho de 5x4 cm con el lóbulo hepático derecho y asas de intestino delgado en su interior, saco herniario de 5 x 8 x 8 cm y el pulmón derecho colapsado. Se resecó el saco herniario y se afrontó el diafragma con puntos simples con seda del 0, se colocó sonda de pleurostomía. Permaneció en terapia intensiva por una semana, y fue egresado por mejoría. No se relacionó con otras alteraciones congénitas. **Conclusiones:** Las hernias diafragmáticas congénitas se asocian en 18% con anomalías cardíacas y 38% con otras alteraciones extrapulmonares. La localización derecha se presenta en menos del 20% y se asocia con mayor morbimortalidad.

TC-082

LEIOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL ASOCIADO A EMBARAZO

Guerrero RMA, Luna AJLF, García MJ. Servicios de Cirugía General, Ginecología y Anestesiología, Hospital General de Guanajuato, S.S.

Antecedentes: Los sarcomas retroperitoneales son tumores poco frecuentes, se manifiestan por síntomas de compresión a estructuras vecinas y son de difícil manejo quirúrgico. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente embarazada con leiomioma retroperitoneal. **Informe del caso:** Paciente femenina de 39 años de edad, obesa, quien acude a la consulta de obstetricia con retraso menstrual de 9 semanas y aumento del perímetro abdominal. A la exploración se palpaba tumor pélvico de 20x20 cm. Un ultrasonido mostró útero ocupado por embarazo normo-evolutivo y gran masa tumoral homogénea. Decidió continuar el embarazo. Se realizó cesárea, se exploró y encontró tumor retroperitoneal de 20x20 cm, el cual no se manipuló en esa ocasión. A las 3 semanas de operada se le realizó una tomografía computada reportando gran tumor retroperitoneal compatible con liposarcoma. Se programó para cirugía un mes posterior a la cesárea. Fue sometida a resección del tumor sin complicaciones. El resultado de patología fue de leiomioma moderadamente diferenciado de 20 x 25 cm. No aceptó manejo adyuvante. Actualmente tiene 14 meses asintomática y sin recurrencia local. **Conclusiones:** Los tumores malignos asociados al embarazo son poco frecuentes. El tratamiento del leiomioma retroperitoneal es quirúrgico.

TC-083

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CÁNCER DE OVARIO

Guerrero RMA, Lazcano MR, García ME. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Guanajuato, S.S

Antecedentes: Desde 1869 Trousseau describió una mayor frecuencia de trombosis venosa en los pacientes con cáncer. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con cáncer de ovario cuya primera manifestación fue trombosis venosa profunda. **Informe del caso:** Paciente femenina de 54 años sin antecedentes de importancia, quien dos meses previos a su ingreso presentó en forma súbita episodio de trombosis venosa profunda en miembro pélvico izquierdo. Se manejó con reposo y heparina; fue dada de alta con acenocumarina. Reingresó posteriormente por equimosis, hemorragia uterina y tiempos de coagulación alargados. Durante su segundo internamiento se le encontró tumor pélvico de 10 x 15 cm, móvil y doloroso. El ultrasonido reportó un tumor heterogéneo. Una vez corregido el problema de coagulación fue sometida a laparotomía, encontrando tumor de ovario izquierdo, irregular y escaso líquido de ascitis. Se realizó histerectomía con ooforectomía bilateral, así como biopsias de peritoneo. El reporte de patología fue adenocarcinoma de ovario moderadamente diferenciado. Su evolución postoperatoria ha sido buena. No aceptó tratamiento con quimioterapia y tiene actualmente 6 meses de seguimiento sin recurrencia. **Conclusiones:** La trombosis venosa como primera manifestación de neoplasia es poco frecuente y su significado pronóstico es controvertido.

TC-084

LINFOMA NO HODGKIN TIPO MALT DE CÉLULAS B DEL CIEGO

Díaz RM, Zimmermann JA, Arreola C, Rodríguez E. Hospital General Regional de León, SSA Guanajuato

Antecedentes: El linfoma no Hodgkin puede presentarse en forma extraganglionar, manifestación rara en tubo digestivo, 3 a 6% en frecuencia, después de adenocarcinomas. **Informe del caso:** Masculino de 93 años con dolor abdominal de 12 hrs. de evolución, epigástrico y fosa iliaca derecha, vómito gastroalimentario en 2 ocasiones, constipación intestinal, hidratado, afebril, consciente, abdomen blando, dolor generalizado y presencia de masa dolorosa en fosa iliaca derecha peristalsis ausente, ámpula rectal vacía, laboratorios con leucocitosis con neutrofilia, química y electrolitos normales, tiempos de coagulación prolongados, radiografías abdominales con distensión de asas de delgado, ausencia de gas distal, se decide cirugía. **Resultados:** Se encontró líquido intestinal 400 cc, con tumoración en ciego perforada, y adenopatías en mesenterio, se realiza hemicolectomía derecha e ileostomía. Reporte de patología: Linfoma no Hodgkin tipo Malt del ciego, difuso, de células "b" con infiltración a toda la pared con bordes libres, sin ganglios linfáticos afectados, enteritis crónica inespecífica. Evolución satisfactoria en el postoperatorio y a seis meses de control sin recurrencia ni metástasis. **Discusión:** La oclusión intestinal y perforación por tumores es infrecuente, mayormente en adultos, cuentan antecedentes de síndromes inflamatorios y malabsorción. El linfoma intestinal primario ocupa el 20% de las neoplasias de delgado y de ciego, se presenta como oclusión intestinal o sangrado, rara vez como perforación. El tratamiento es resección intestinal y radiación, presentando índices de curación hasta del 75%.

TC-085

NEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Ortiz ZMA, Ramírez OBC, Ovando JE, Gomezcordero LR, Aguilar SJ, Pazarán MC, Aznar AJ, García NR, Vargas VVM, Pantoja JP, González P, Urzúa VA, Piña GMC. Hospital General de Tlalampantla "Valle Ceylán" ISEM Estado de México

Objetivo: Presentación de un caso. **Resumen:** La neumatosis intestinal, entidad rara fue descrita por primera vez en 1730 por duVernoi

hallazgo en un cadáver. Pero no fue hasta 1835, que Mayer, denomina neumatosis quística intestinal (NQI) y en 1889 se tiene ya la descripción en un paciente vivo. Patología poco común caracterizada por quistes múltiples submucosos o subserosos que tienen gas en la pared del intestino o en el mesenterio que puede aparecer incluso en estómago y colon. Se presenta un caso de femenino de 83 años, ingresa con cuadro de abdomen agudo, es sometida a laparotomía se encuentra neumatosis intestinal que abarca yeyuno e íleon; el estómago, bazo, colon, vesícula biliar normales y hepatomegalia, se decide cierre de pared. Evolución postquirúrgica delicada con evolución lenta y hacia la mejoría, iniciando la vía oral al segundo día de postoperatorio. Afebril pero presenta leucocitosis de 24,000: con evacuaciones al tercer día de características macroscópicas normales. Al cuarto día con adecuada tolerancia a la vía oral se egresa del servicio y control por externo. Los casos de neumatosis son raros y menos frecuentes los publicados en la literatura mundial, siendo la mayor atención a los pacientes pediátricos en que sí es más frecuente este padecimiento, que se asocia a enterocolitis necrotizante. En 1979 Gruemberg reporta ya 21 pacientes y obtiene estadísticas de manera empírica determinando: Persistencia sin regresión hasta 52%; regresión espontánea 29%; 19% resolución postquirúrgica; el 67% fallece dentro del 1er año del diagnóstico; y hasta el 83% fallece dentro de los 3 años.

TC-086

ENFERMEDAD DE CROHN: INFORME DE UN CASO CON PRESENTACIÓN COMO OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Martínez JF, Origel JL, Jiménez EJ, Pacheco RM, Bosque EA, Bullon AS, Salazar ML. Hospital General de Zona No. 1 "José Luis Ávila Pardo", Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes, Ags., México

Antecedentes: La enfermedad de Crohn es una patología caracterizada por inflamación transmural, puede afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal, el manejo quirúrgico urgente en estos pacientes conlleva una morbilidad elevada; las presentaciones clínicas que requieren dicho manejo son la perforación, hemorragia masiva, colitis tóxica, abscesos y obstrucción intestinal. La decisión del tratamiento quirúrgico o conservador de la obstrucción depende de su etiología. Algunas series reportan entre un 7-14% hasta un 35-54% la tasa de enfermedad de Crohn como etiología de la obstrucción intestinal. **Objetivo:** Presentación de caso de enfermedad de Crohn manifestado con obstrucción intestinal y abdomen agudo. **Informe del caso:** Paciente femenino 38 años de edad ingresa al servicio de urgencias por dolor abdominal predominio en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, con antecedente de estreñimiento crónico. Diagnóstico de impactación fecal, durante su estancia presenta aumento del dolor y datos de abdomen agudo. Se realiza laparotomía exploradora encontrando oclusión intestinal con tumoración de ciego con origen aparente de apéndice. Se realiza hemicolectomía derecha con ileostomía terminal. **Resultados:** Estudio histopatológico reporta resección intestinal con enfermedad de Crohn activa. **Discusión:** La obstrucción intestinal es una complicación de la enfermedad de Crohn que pocas veces se presenta como urgencia quirúrgica, sin embargo debe ser tomada en cuenta como un diagnóstico diferencial ante un cuadro de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico. **Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn se dirige hacia las complicaciones entre las cuales se encuentra la obstrucción intestinal, pudiendo presentarse como una urgencia quirúrgica, por lo que debemos tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial.

TC-087

ADENOMA SUPRARRENAL BILATERAL

Pulido RJ, Gil GG, Garza LJE. Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" Monterrey N.L.

Objetivo: Presentación de un caso de adenoma suprarrenal bilateral no funcionante. **Antecedentes:** El adenoma suprarrenal es una

neoplasia benigna de la corteza adrenal, la cual puede ser funcional y producir síntomas secundarias a la hipersecreción de hormona o puede ser no funcional, un adenoma por lo general no es mayor a 5 cm, está indicado toma de biopsia por aguja fina o en su defecto adrenalectomía en aquellas que son mayores de 3.5 cm, menores se rastrean con tomografía. **Resumen:** Se trata de paciente femenina de 32 años de edad, la cual inicia su padecimiento 8 meses previos a su internamiento, con dolor abdominal de tipo cólico intermitente en flanco derecho irradiado a fosa renal ipsilateral presentando exacerbación de estos síntomas 15 días previos a su ingreso, acudiendo con facultativo el cual solicita ecografía de abdomen en donde se observa tumoración a nivel de glándula suprarrenal derecha, refiriendo a nuestra unidad, en donde es valorada por nuestro departamento de cirugía general en donde se solicita tomografía helicoidal monocorte, en donde se reporta en el espacio retroperitoneal en topografía de ambas glándulas suprarrenales masas nodulares bien definidas, homogéneas, hipocóicas, midiendo la del lado derecho 3.5 cm y la del lado izquierdo 2.4 cm en relación a adenomas suprarrenales. Se solicitan niveles de ácido vanilil mandélico, cortisol y ACTH dentro de límites normales. **Resultados:** Se decide programar para realizar adrenalectomía derecha, la cual se realiza mediante lumbotomía reportando como resultado anatomopatológico adenoma suprarrenal. La paciente se encuentra asintomática actualmente, el adenoma contralateral se vigilará con tomografía anual.

TC-088

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE

Rodríguez GAJ. HGZ No 6 del IMSS, Cd Valles, S.L.P

Antecedentes: Liposarcoma tumor maligno embrionario mesodérmico dependiente del tejido graso. Ocupa el 0.1% de los tumores humanos y el 14% se localiza en retroperitoneo, entre la cuarta y sexta década, predomina en hombres, el dolor abdominal es el síntoma más frecuente y masa abdominal. Tratamiento es cirugía agresiva resección, control local de la enfermedad y radioterapia. **Objetivo:** Presentación de un caso de liposarcoma gigante retroperitoneal y revisión del tema. **Caso clínico:** Masculino de 37 años, alcoholismo y tabaquismo positivo, 6 meses de evolución con pérdida de peso de 15%, presenta estreñimiento, heces acintadas y masa abdominal. EF masa en hemiabdomen izquierdo, pétreo y sin fluctuaciones. US y TAC masa irregular, hipodensa se extiende desde tronco celiaco hasta región pélvica condicionando hidronefrosis de riñón izquierdo así como desplazar y contornear las estructuras vasculares del retroperitoneo, dimensiones 26 x 23.6 x 10.9 cm. Se realiza resección tumoral, infiltra agujeros intervertebrales, incluye como bloque a la aorta, arteria mesentérica inferior, arteria renal, vena renal y lumbar; nefrectomía radical izquierda y colectomía izquierda con bolsa de Hartman. Histopatológico liposarcoma de células redondas. **Discusión:** Cirugía completa resección con control local y radioterapia tiene una sobrevida a 5 años de 50%, recurrencia local de 37 a 87%. Siendo el tumor de células redondas y el poco diferenciado de mal pronóstico. **Conclusión:** La cirugía agresiva para obtener una completa resección y control local de la enfermedad continúa siendo la base para la sobrevida.

TC-089

SIMULADOR ABDOMINAL EN LA FORMACIÓN QUIRÚRGICA

Barón RE, Meneses MAR, Juárez GA. Hospital General Pachuca

Antecedentes: Existen inconvenientes en reconocimiento de tejidos, manejo de instrumental y procedimientos. (1) El adiestramiento será por etapas: conocimientos teóricos, simuladores, práctica en modelos biológicos y finalmente la práctica guiada en quirófano. El objetivo del adiestramiento es lograr destreza, mantenerla y refinarla (2), la habilidad se obtiene mediante ejercicios graduados (3) y frecuentes. (4) Es necesario adiestrarse mediante cursos básicos y avanzados, pero es difícil en quirófano, por lo tanto los simuladores se consideran parte importante de este entrenamiento. (5) **Objeti-**

vos del estudio: Presentar simulador y comparar tiempo de procedimiento entre residentes. **Material y métodos:** 1. Grupos de estudio: Residentes. 2. Variables. Tiempo en anastomosis T-T. 3. Descripción general. En un simulador, se incide, se anastomosó T-T y se cierra; se llenó hoja de recolección por participantes y por 4 semanas. **Resultados:**

	RI	RIII
1ª Semana	95	55
2ª Semana	90	50
3ª Semana	80	48
4ª Semana	68	45

Análisis y discusión: Se realizó t de Student y se eligió como nivel de significancia $p = 0.05$ y una $\alpha = 0.05$. **Conclusiones:** El tiempo es menor en residentes de tercero, y en residentes de primero disminuye significativamente. Simulador de utilidad en entrenamiento; puede utilizarse en el adiestramiento de incisión y cierre, resección intestinal, anastomosis T-T, T-L, L-L, cesárea, colostomía en asa y terminal, y aplicación de mallas.

TC-090

MANEJO CONSERVADOR DE HEMOPERICARDIO

Meneses MAR, Barón RE, Juárez GA. Hospital General de Pachuca

Antecedentes: El ecocardiograma es el estándar de oro (1), detecta y precisa el hemopericardio para resolución quirúrgica (2). Se ha manejado desde pericardiocentesis hasta evaluación ecocardiográfica en el paciente estable; y toracotomía y reparación de heridas del miocardio en el paciente inestable. (3) **Objetivos:** Presentar un caso manejado conservadoramente. Revisión de literatura. **Resumen:** Masculino de 21 años con herida punzo-cortante, precordial; al ingreso dolor, disnea. EF: TA 100/60, FC 115x', FR 32 x', hipoventilación e hipomovilidad hemitórax izquierdo, ruidos cardíacos adecuada intensidad, frote pericárdico. RX-tórax hemoneumotórax izquierdo, silueta mediastínica aumentada; EKG normal. Se drenó 800 cc hemático y aire, con sello de agua. 24 hs después RX-TÓRAX reexpansión pulmonar; EKG supradesniveles segmento ST en DII, aVR, aVF, y precordiales; ECO derrame pericárdico. **Resultados:** Se administró indometacina. Al 3er día ECO con disminución de volumen del derrame, y ECG sin alteraciones. ECO y EKG del día 5 normal. **Discusión:** Se puede mantener terapéutica médica en pacientes que no presentan taponamiento cardíaco o estables hemodinámicamente; la terapia con un AINES es eficaz (4). El ecocardiograma permite la localización y estimación de la cantidad de fluido del pericardio. La TAC o IMR pueden complementar el diagnóstico de hemopericardio o derrame pericárdico loculado (5). **Conclusiones:** Es posible el manejo médico en hemopericardio de acuerdo a las características clínicas, destacando estabilidad hemodinámica y posibilidades de ecocardiograma y estudios de imagen repetidos de cada paciente.

TC-091

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CIRRÓTICOS. REPORTE DE 5 CASOS

Bautista GF, Salazar IJ. Del Departamento de Cirugía Gastroenterológica, División de Cirugía, Hospital de Especialidades CMN MAC IMSS Puebla, Pue.

Antecedentes: La incidencia de enfermedad litiasica biliar en pacientes con cirrosis es elevada; pacientes con enfermedad hepática compensada, presentan mejor evolución al ser intervenidos por este tipo de cirugía. Las ventajas de la CL han sido extensamente publicadas, sin embargo en pacientes cirróticos existen pocos reportes. Se ha demostrado que la CL disminuye la respuesta al estrés metabólico del hígado en pacientes con patolo-

gía hepática crónica. **Objetivo:** Revisión de la experiencia en 3 años, del manejo por vía laparoscópica de pacientes cirróticos con enfermedad vesicular. Reporte de 5 casos. **Material y método:** Se revisaron los expedientes de 5 pacientes operados por vía laparoscópica. Se valoraron variables como sexo, edad, enfermedad asociada, clasificación de Child, causa de cirrosis, diagnóstico ultrasonográfico, descripción quirúrgica del hígado, tiempo quirúrgico, complicación, evolución postoperatoria, días de estancia hospitalaria. **Resultados:** 4 pacientes fueron mujeres, con edad promedio de 54 años; sólo 1 fue masculino, de 36 años. La causa de cirrosis en 3 pacientes fue viral, 1 de tipo autoinmune y 1 de tipo alcohol nutricional. Enfermedad asociada de diabetes mellitus en 1 paciente e hipertensión arterial en otro; 3 pacientes tipo Child A, 1 tipo Child B y 1 paciente tipo Child C. La colecistopatía fue de tipo crónica, fueron operados en forma programada, tiempo promedio quirúrgico de 100 minutos, no hubo complicaciones trans, ni postoperatorias, no se convirtió ninguna cirugía. El tiempo promedio de estancia intrahospitalaria fue de 4 días. **Discusión:** La colecistectomía abierta en pacientes con cirrosis es asociada a mortalidad postoperatoria hasta un 17%, el sangrado excesivo, falla hepática postoperatoria y sepsis fueron los responsables de la mayoría de las muertes. A nivel nacional, en procedimientos abiertos, se reporta mortalidad del 16%, asociada a insuficiencia renal y choque hipovolémico. En nuestro estudio no se observó morbilidad ni mortalidad, probablemente a que fueron pocos casos, un tiempo de seguimiento relativamente corto y con enfermedad hepática compensada, en pacientes con clasificación Child A y B, el procedimiento laparoscópico es seguro; estudios futuros son requeridos para evaluar el manejo de la enfermedad vesicular en pacientes con Child C. **Conclusión:** La colecistectomía por vía laparoscópica en pacientes cirróticos es un método seguro y eficaz, en pacientes compensado.

TC-092

ADENOMA SUPRARRENAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Sastré LM, Zavala SR, Gutiérrez GG, Sarmiento HO, Rodríguez OM, Bobadilla GME, Moyeda BR. Hospital Regional Monterrey del ISSSTE

Antecedentes: El adenoma de la glándula suprarrenal es una tumoración benigna generalmente única, que puede dar o no sintomatología sistémica. En forma amplia las podríamos clasificar en funcionales y no funcionales, dentro de las funcionales tendríamos a las que cursan con síndrome de Cushing por un tumor productor de cortisol, las que cursan con hiperaldosteronismo o enfermedad de Conn, y las productoras de hormonas sexuales. Dentro de las no funcionales se describe únicamente a la masa suprarrenal incidental. Son de rara presentación en nuestro medio y su manejo es la resección quirúrgica en el caso de las funcionales, y control tomográfico cada 3 a 6 meses para las no funcionales. **Presentación de caso:** Mujer de 65 años, obesa, historia de un año por probable síndrome Cushing, con antecedentes de importancia de hipertensión arterial, hipotiroidismo tratado con levotiroxina, iniciando con astenia, adinamia, edema facial, debilidad muscular acompañada de calambres, poliuria y nicturia. A la exploración física se trata de paciente obesa, hirsutismo facial, fascies cushingnoide, con cifras de tensión arterial de 180/100. Se realizan exámenes de laboratorio y gabinete descartando el probable síndrome Cushing y diagnosticándose un hiperaldosteronismo por adenoma suprarrenal izquierdo (síndrome de Conn), demostrado por TAC, cifras elevadas de aldosterona sérica, renina sérica e hipopotasemia. La paciente se sometió a resección quirúrgica del adenoma y tratamiento médico con espironolactona más antihipertensivos. **Discusión:** Es cierto que el aldosteronismo primario por adenoma suprarrenal (síndrome de Conn) es una entidad rara en nuestro medio, es importante tenerla en cuenta para no confundirla con alguna otra patología endocrinológica, ejemplo el síndrome de Cushing como es el caso de esta paciente que fue tratada por casi un año sin éxito y que actualmente se encuentra evolucionando adecuadamente.

TC-093

ESPECIFICIDAD DEL AG CA 19-9 EN DIAGNÓSTICO DE CÁNCER PANCREÁTICO

Mc Gregor AC, Cisneros TE, Guerrero TEA, Chable MH. Hospital General Durango

Antecedentes: El marcador tumoral CA 19-9 tiene baja especificidad. Consiste en análisis radioinmunoquímico que puede ser usado en pacientes con cáncer pancreático. **Caso clínico:** Paciente masculino de 47 años. Sin antecedentes personales importantes. Acude por cuadro clínico de 3 años con dolor en HCD. 8 días previos presenta tinte icterico, acolia, coluria, ECO reporta coledocolitiasis. BT 8.8, BD 7.8, BI 1 mg/dL. Pasa a colecistectomía y EVB encontrando múltiples litos en vesícula y colédoco, se realiza colangiografía transoperatoria normal. 6 semanas después se retira sonda en T previa colangiografía normal. Reingresa 6 meses, con dolor en HCD, ictericia, pérdida de peso de 10 kilos, ataque al estado general, abdomen sin tumoraciones ni datos de irritación. Se encuentra en ECO dilatación de vía biliar intra y extrahepática, se realiza CPRE no encontrando lesiones ni en ampulla ni defectos de llenado en colédoco. TC sólo cambios de densidad de páncreas y dilatación de colédoco. Ag Ca 19-9 3875 UI/dL. Se realiza LAPE, observando dilatación de colédoco, se explora vía biliar encontrando lito de 1.5 cm en forma de cono en colédoco distal, se introduce dilatador bakes, pasando a duodeno observándolo por endoscopia. Mejoran sus condiciones generales, se retira sonda en T previa colangiografía 6 semanas después. **Conclusiones:** No hay marcadores específicos al tumor del cáncer del páncreas; los marcadores como el suero CA 19-9 tienen baja especificidad. Por lo que no debemos tomarlo como diagnóstico para cáncer de páncreas, sólo como prueba de laboratorio para evaluar y controlar la eficacia del tratamiento.

TC-094

PERFORACIÓN ESOFÁGICA TERCIO DISTAL

Cisneros TE, Guerrero TEA, Pantoja ME, Chaurand M, Robles MI. Hospital General de Durango, Dgo

Antecedentes: Causas frecuentes de perforación esofágica son los instrumentos médicos (50%), los traumatismos cerrados y vómitos violentos. El diagnóstico se basa en antecedentes, cuadro clínico, exámenes radiográficos; el estudio con material de contraste, resulta de gran utilidad. **Resumen clínico:** Femenino 57 años de edad, sin enfermedades cronicodegenerativas. Intervenido por laparoscopia para reducción de hernia diafragmática izquierda crónica, convirtiendo la cirugía encontrando fundus y parte de colon transverso, sin complicaciones quirúrgicas, 24 horas después presenta dolor torácico pleurítico, en Rx de tórax derrame pleural izquierdo y niveles hidroaéreos en mediastino, radiografía con bario perforación esófago distal. Es enviada a las 72 horas postoperada a nuestro Hospital realizando toracotomía anterolateral izquierda encontrando gran material seropurulento en pleura y mediastino, perforación de 1 cm de esófago distal por punto de sutura al cerrar diafragma. Cerramos perforación reforzando sutura con pleura parietal periaórtica. Se deja sonda endopleural, realizamos esofagostomía cervical izquierda, gastrostomía tipo Stamm, yeyunostomía a 40 cm de Treitz. Siguiendo 24 horas con buena evolución, intubada, sin sedación, consciente, gasto por sonda endopleural < 100 ml seroso, siguientes 24 horas presenta fiebre, saturaciones bajas, hipotensión, anuria, sin respuesta a inotrópicos, presentando muerte al 2do día postquirúrgica de 2da intervención. **Conclusión:** Las perforaciones de esófago tratadas 12 horas después de que ocurren, presentan una mortalidad superior a 70%, como lo reporta la bibliografía, a pesar de que después se realicen los procedimientos ideales, es demasiado tarde para una evolución satisfactoria.

TC-095

SECUESTRECTOMÍA Y NECROSECTOMÍA, MANEJO PARA ABSCESO PANCREÁTICO Y NECROSIS

Flores CI, Guerrero TEA, Ramos GJ, Cisneros TE. Hospital General de Durango

Antecedentes: Los abscesos pancreáticos ocurren entre 1 a 9% de los pacientes, aproximadamente, después de una pancreatitis aguda. La liberación de enzimas se considera el factor desencadenante inicial y el terreno propicio para una sobreinfección bacteriana. El tratamiento debe ser el drenaje. **Caso clínico:** Masculino 46 años. Diabético tipo 2, hipertenso, con alcoholismo y tabaquismo de 20 años evolución. Cuadro clínico 40 días, dolor epigástrico, náusea y vómito ocasionales, disnea, mialgias, astenia, adinamia, pérdida de peso 25 kilos. E.F. pálido, fiebre, derrame pleural izquierdo, tumoración en epigastrio, mesogastrio dura dolorosa, sin datos de irritación peritoneal. En TC abdomen, páncreas aumentado de tamaño, mal definido, colecciones densidad aire en cuerpo y cola. En LAPE se encuentra material purulento en cavidad, páncreas indurado de cuerpo y cola, material necrótico, se realiza lavado a gran volumen, drenaje saratoga y bolsa de Bogota. Persiste con fiebre, mal estado general, drenaje 400 ml/día, dolor abdominal. Se realiza lavado 48 hs. después encontrando, ascitis pancreática 2,500 ml, páncreas necrosado cuerpo y cola, realizando necrosectomía pancreática, secuestrectomía, yeyunostomía, penrose a hueco. Manejo UTIA con aminas, aseo quirúrgico cada 48 hrs y una semana después se retira penrose de hueco, sin datos clínicos de choque séptico, alimentación por yeyunostomía, retiro de bolsa de Bogota, dejando granular tejido subyacente sin complicaciones. Alta con buena evolución. **Conclusión:** El absceso pancreático es enfermedad grave, que tiene como antecedente generalmente un cuadro de pancreatitis aguda. La secuestrectomía pancreática y el abdomen abierto contenido, ofrecieron un gran beneficio a este paciente con evolución satisfactoria.

TC-096

PÓLIPOS GÁSTRICOS; TUMORES GÁSTRICOS BENIGNOS

Toledo R, Gallo M, Etchegaray A, Ruan M, Rojas C. Hospital General de México

Los pólipos gástricos, referidos como tumores benignos; dan cuenta aproximadamente del 2% de todas las neoplasias gástricas y son porciones de tejido que protruyen dentro del lumen gastrointestinal y que generalmente son diagnosticadas de manera incidental; ya que cursan asintomáticas y se vuelven sintomáticas una vez presentada alguna complicación como hemorragia o intususcepción provocando obstrucción. La importancia clínica de estos tumores es su relación con malignidad; la cual será directamente proporcional al tamaño, así tenemos que aproximadamente un 24% de pólipos > 2 cm desarrollarán malignidad. Los pólipos pueden ser sésiles o pedunculados; únicos o múltiples; y se han clasificado en 1. epiteliales, 2. mesenquimatosos, 3. misceláneos. Presentamos el caso de paciente de 63 años, ingresada por STDA, que tras estudio endoscópico se aprecia pólipo de base ancha, ulcerado en curvatura menor; se tomó biopsia, se completó estudio y laparotomizó; realizando gastrotomía y polipectomía (pendiente resultado patología). Como observamos, el paciente no se encuentra en el grupo de edad de presentación de esta patología, habiendo cursado asintomática y debutando con STDA; tal y como se describe en la literatura y estando dentro de las indicaciones para cirugía como: 1. imposibilidad de resección endoscópica, 2. sésil o pedunculado > 2 cm, 3. dolor, sangrado u obstrucción. Realizamos el procedimiento descrito e indicado, con adecuada evolución del paciente.

TC-097

ADENOMA DE PARATIROIDES

Alfaro SA, Solana SS, Rodríguez G, Esmer SD. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: El adenoma de paratiroides es la causa más común de hiperparatiroidismo que ocasiona hipercalcemia. Las mutaciones genéticas generalmente son la causa de los adenomas y el mayor

riesgo lo tienen las mujeres de más de 60 años e igualmente las personas que hayan tenido exposición a la radiación en la cabeza y el cuello. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con adenoma de paratiroides con osteopenia severa. **Presentación del caso:** Femenino de 57 años con padecimiento de 1 año con náuseas, vómito, debilidad muscular progresiva, estudios de imagenología con osteoporosis generalizada importante. Se canalizó con gastroenterólogo quien solicitó exámenes en el cual encontró hipercalcemia de 17.7 mg/dl, se envía a endocrinología quien estudia y encuentra adenoma derecho paratiroideo, el cual se reseca sin complicaciones mejorando el cuadro de la paciente con control postoperatorio de calcio de 8.3 mg/dl. **Conclusiones:** La gran mayoría de los casos de hiperparatiroidismo primario (85%) son producidos por un adenoma de paratiroides solitario y el tratamiento quirúrgico de elección para el hiperparatiroidismo ha sido, hasta ahora, la evaluación completa de todas las glándulas paratiroides, acompañada por la extirpación del adenoma solitario o de la resección subtotal de las glándulas paratiroides hiperplásicas.

TC-098

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA + TEPP INGUINAL BILATERAL

Esmer SD, Álvarez TFF. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: La colecistectomía en combinación con hernioplastia inguinal bilateral se realiza en muy pocos casos por lo poco frecuente de la asociación. **Objetivo:** Presentar el caso de paciente cardíopata y con neumopatía crónica que presentó cuadro de colecistitis aguda litiasica y que tenía hernia inguinal bilateral no complicada. **Presentación del caso:** Masculino 70 años con antecedentes de revascularización coronaria por infarto 5 años antes de su padecimiento actual y con neumopatía obstructiva crónica del tipo enfisema por tabaquismo de 10 años de evolución dependiente de oxígeno, hernia inguinal bilateral de 2 años de evolución. Inició su padecimiento actual con dolor en hipocondrio derecho y vómito. Se realizó US que reportó litiasis vesicular aguda, se somete a cirugía realizándose colecistectomía laparoscópica y plastia inguinal con malla laparoscópica con técnica extraperitoneal total, sin complicaciones, egresándose a las 48 horas del procedimiento. La evolución y seguimiento a 2 años es satisfactoria sin recurrencia. **Conclusiones:** El manejo laparoscópico de tres procedimientos abdominales por laparoscopia nos permite una evolución trans y postoperatoria adecuadas para el paciente cardíopata y neumópata.

TC-099

EXPERIENCIA TORACOSCÓPICA EN PEDIATRÍA: INDICACIONES EN EL 2001

Polliotto SD.

La cirugía torácica en el niño no escapa a las ventajas de los procedimientos toracoscópicos. El objetivo de esta presentación es mostrar las indicaciones actuales de la patología torácica infantil en un video. Los trócares son introducidos según la técnica de diamante de baseball. La exploración de la cavidad pleural es fundamental, en particular para el tratamiento del neumotórax recidivante, donde la toracoscopia permite el tratamiento de las bullas, asociando un procedimiento de pleurodesis. El diagnóstico y resección de nódulos pulmonares es posible bajo ciertas circunstancias, que sean periféricos, tamaño inferior a 3 cm y nódulos únicos. Se realiza esta resección utilizando una pinza endo GIA 30 mm. El abordaje de tumores para estadificación y/o resección es posible cuando ellos son benignos, de fácil acceso. La resección de tumores quísticos mediastinales parece ser la indicación ideal para el abordaje toracoscópico, el quiste es puncionado para facilitar la presión parietal, y luego resecado utilizando un crochet o tijera coaguladora. La patología pleuropulmonar supurada es una indicación excelente para realizar una limpieza pleural precoz, pudiendo repetir el procedimiento si es necesario. La toracoscopia brinda la posibilidad de una com-

pleta visión de la pared torácica, diafragma, mediastino y pulmón, pudiendo realizar biopsias diagnósticas. Sólo el parénquima pulmonar profundo queda aún mal expuesto, dado que ningún instrumento puede aún reemplazar la sensación obtenida por la mano del operador. Disminuye el dolor postoperatorio favoreciendo la pronta recuperación funcional, disminuye las complicaciones postoperatorias y el tiempo de hospitalización. El resultado estético es excelente.

TC-100

HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO IDIOPÁTICO

Esmer SD, Álvarez-Tostado FF, Alfaro SA. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: Hemoperitoneo masivo sin causa aparente es raro y ha sido infrecuentemente reportado en la literatura, sólo en algunas ocasiones este fenómeno se ha descrito sin encontrar una causa precipitante del evento. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con hemoperitoneo masivo espontáneo. **Presentación del caso:** Femenino de 28 años con antecedentes de 1 embarazo previo 2 años antes, FUM 3 días previos al padecimiento actual, no cirugías previas, traumatismos, anticonceptivos o medicamentos hemorreológicos o coagulopatías. Se presenta a urgencias con abdomen agudo, US con líquido libre peritoneal, Hg. de 9.0 y leucocitos de 8,900, pie negativo y fracción b de la gonadotropina coriónica de 20. Se realizó laparoscopia encontrándose hemoperitoneo de 2,000 ml, se limpia cavidad y se revisan útero, ovarios, salpinges, bazo, hígado, mesenterio sin lesiones. Evolución postoperatoria satisfactoria. Vigilancia a 2 años normal. **Conclusiones:** El conocimiento de las causas posibles de hemoperitoneo masivo en un paciente no traumatizado y el alto índice de sospecha así como intervención temprana son los puntos claves para el manejo apropiado de la enfermedad, ya que se ha observado que el manejo conservador produce una alta mortalidad. Por ultimo, el uso de laparoscopia ofrece un manejo adecuado y seguro de la enfermedad.

TC-101

HIDROTÓRAX RENAL

Esmer SD, Alcocer F, Chevaile A, Gómez GA. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: El hidrotórax unilateral es una complicación rara de los pacientes con insuficiencia renal crónica. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con hidrotórax secundario a insuficiencia renal crónica. **Presentación del caso:** Masculino 68 años, insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética de 20 años de evolución se encuentra en hemodiálisis. Acude por presentar hidrotórax masivo izquierdo sin ascitis, se colocó sonda pleural con drenaje inicial de 4 litros y diario de 1 litro material seroso. Se manejó con restricción total de líquidos y se encontró con estenosis de 60% de vena subclavia izquierda en unión con yugular, se dilató y posteriormente con gastos de 80-100 ml diarios por pleurostomía se sometió a pleurodesis por toracoscopia y talco con evolución satisfactoria sin complicaciones, en la actualidad a 2 meses del procedimiento no ha reformado derrame, sólo ha empezado a presentar ascitis. **Conclusiones:** Lo reportado en la literatura sólo encontramos pocos casos de grupos aislados que han manejado esta patología y sólo encontramos un caso que presentó quilotórax por estenosis del conducto torácico secundario a estenosis de subclavia por catéter de hemodiálisis.

TC-102

HIDROTÓRAX MASIVO UNILATERAL

Esmer SD, Alfaro SA, Gómez GA, Carmona SR, Guerra C. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: El hidrotórax de origen hepático es relativamente poco común que frecuentemente se asocia a ascitis y cirrosis. Se presenta por lo regular de lado derecho. **Objetivo:** Presentar el caso

de hidrotórax derecho masivo en paciente con cirrosis y sin ascitis. **Presentación del caso:** Mujer de 63 años. Hipertensa, histerectomía hace más de 30 años, donde fue transfundida. Acudió por padecimiento de seis meses con disnea de mínimos esfuerzos. A la exploración se encontró polipnéica, hipóxica con derrame pleural derecho, hepatomegalia. La radiografía de tórax mostró un derrame pleural derecho masivo. Se colocó una sonda pleural drenando 3,500 ml de líquido seroso, se realizó pleurodesis por toracoscopia así como resección y cierre de adelgazamiento de diafragma. El US demostró al hígado irregular sugerente de cirrosis y ausencia de ascitis. El drenaje por la sonda pleural continuó alto, entre 1,500 a 2,000 ml por día. La biopsia de hígado demostró cirrosis y las pruebas séricas resultaron positivas para anticuerpos de hepatitis C. **Conclusiones:** El manejo multidisciplinario de esta patología va encaminado a preparar al paciente a trasplante hepático.

TC-103

RESECCIÓN DE NÓDULO PULMONAR POR TORACOSCOPIA

Esmer SD, Alfaro SA, Bernal BM. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: Como definición el nódulo pulmonar es una lesión redonda u ovalada claramente delimitada, de hasta cinco centímetros de diámetro según se observa en una placa de rayos X de tórax. **Objetivo:** Presentar la resección de nódulo pulmonar izquierdo en paciente previamente sano y descubierto por hallazgo. **Presentación del caso:** Masculino de 50 años con antecedentes de tabaquismo intenso en la juventud con 20 años de no fumar, acude con cuadro agudo de dolor en hemotórax izquierdo, se le solicita Tele de tórax encontrando nódulo pulmonar en lóbulo inferior izquierdo, se complementa con tomografía sólo reportando la lesión, se realizó resección por toracoscopia y se egresa sin complicaciones a las 48 horas. El reporte de patología es infarto pulmonar agudo. **Conclusiones:** El manejo endoscópico para diagnóstico y resección de nódulos pulmonares periféricos es confiable y el paciente presenta una evolución satisfactoria con restablecimiento precoz.

TC-104

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE TUMOR RETROPERITONEAL

Esmer SD, Aguilar OC. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Introducción: Los sarcomas de partes blandas constituyen menos del 1% de todas las neoplasias malignas y la localización más frecuente es en extremidades inferiores (46%), extremidades superiores (13%), retroperitoneo (12%), tórax (19%), en cabeza y cuello (9%). **Objetivo:** Valorar la utilidad de la laparoscopia en el tratamiento de tumores retroperitoneales. **Presentación del caso:** Femenino de 45 años sin antecedentes de importancia con padecimiento de 2 meses de evolución con dolor difuso abdominal, meteorismo, estreñimiento. Se le solicitó radiografías abdominales y US donde se detecta masa en retroperitoneo de 10 cm de diámetro detrás del ángulo esplénico del colon sin otra patología. Bajo anestesia general en posición de decúbito lateral izquierdo con realce lumbar. Neumoperitoneo con 12 mmHg de presión máxima. Trócar: 10 mm umbilical (cámara), 5 mm epigastrio; 10 mm flanco izquierdo. Maniobra de Mattox para desprender el colon izquierdo y el ángulo esplénico del colon, apertura del espacio retroperitoneal, identificándose el páncreas (cuerpo y cola) y pedículo renal, masa tumoral esférica con buen plano de clipaje, siendo sus límites el páncreas por encima, aorta en la línea media y pedículo renal inferior. La enucleación se completa sin complicaciones. La extracción del espécimen se realizó en bolsa a través del sitio del trócar umbilical. Tiempo quirúrgico: 55 min. No se registraron complicaciones intra o postoperatorias. Anatomía patológica: leiomiomasarcoma de bajo grado. **Conclusiones:** El abordaje laparoscópico permitió diagnosticar, tratar segura y eficazmente una lesión de difícil acceso anatómico con baja morbilidad y rápida recuperación funcional.

TC-105

NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Esmer SD, Aguilar OC, Aldrett LE, Moncada GFJ. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: La cirugía de mínima invasión en urología ha tomado un auge importante desde la primer intervención en 1976 para diagnóstico de criptorquidia. **Objetivo:** Presentar el caso de nefrectomía por laparoscopia. **Presentación del caso:** Masculino 53a, antecedente de cirugía por aneurisma aórtico roto hace 1 año, ahora con hipertensión por estenosis de arteria renal izquierda se somete a nefrectomía por laparoscopia. **Resultados:** Nefrectomía retroperitoneal izquierda sin complicaciones. **Conclusión:** La nefrectomía por laparoscopia reduce el dolor y la estancia postoperatoria intrahospitalaria.

TC-106

NEUMOPERITONEO EN HERNIA GIGANTE

Esmer SD, Sánchez G, Gallegos H, Ortiz F. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Introducción: Hernias inguinales gigantes con pérdida del derecho a domicilio son poco comunes vistas y requieren de un manejo especial para evitar complicaciones por alteraciones en las presiones intra pleural e intraabdominal al reducirse el contenido herniario. **Objetivo:** Mostrar un caso del manejo de hernia inguinoescrotal gigante con pérdida de derecho a domicilio con el uso preoperatorio de neumoperitoneo. **Reporte del caso:** Masculino de 54 años que acude al hospital con hernia inguinoescrotal gigante de 20 años de evolución no complicada, se le realizó tomografía demostrando el contenido de todo el intestino desde el yeyuno hasta el colon transversal en el saco herniario, se le colocó catéter de 1 lumen por punción en hipocondrio izquierdo y se realizó neumoperitoneo de 18 litros en 22 días. Posteriormente se sometió a plastía inguinal la cual se realizó sin complicaciones y plastía escrotal también. **Conclusiones:** El neumoperitoneo preoperatorio ayuda en la disección transoperatoria, a la adaptación de la cavidad abdominal para aceptar la reducción de estructuras y disminuir las complicaciones postoperatorias de hipertensión abdominal y torácica.

TC-107

PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS

Esmer SD, Carmona SR, Álvarez TFF. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: Es muy frecuente encontrar colecciones líquidas pancreáticas o extrapancreáticas, únicas o múltiples, con apariencia de quistes durante o tras un brote de pancreatitis aguda. **Objetivo:** Presentar el caso por imágenes de pseudoquiste de páncreas y su derivación al estómago. **Presentación del caso:** Masculino 54 años con antecedentes de cardiopatía isquémica con FE 30% y con padecimiento de cuadro de dolor abdominal súbito, manejado empíricamente en casa 3 meses antes de su ingreso. Su padecimiento con dolor abdominal, distensión y plenitud postprandial temprana y baja de aproximadamente 10 kilos en tres meses. Se le realizó US, TAC que demuestran lesión quística pancreática sin lesiones asociadas y que comprime la cámara gástrica. Amilasa de 3,000 y marcadores tumorales negativos. Se realiza laparotomía exploradora encontrando pseudoquiste de páncreas el cual se derivó por cistogastroanastomosis. Sin complicaciones y con evolución satisfactoria. **Conclusiones:** La presentación atípica del paciente con pseudoquiste de páncreas sin documentarse una pancreatitis previa nos lleva a contar con todo el estudio necesario de un paciente con tumor quístico pancreático.

TC-108

QUISTE RENAL PARAPIÉLICO RESUELTO POR LAPAROSCOPIA

Esmer SD, Aguilar OC, Moncada GFJ. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: La cirugía de invasión mínima en urología ha tomado un auge importante desde la primera intervención en 1976 para diagnóstico de criptorquidia. **Objetivo:** Presentar 2 casos de drenaje de quiste parapiélico por laparoscopia. **Presentación del caso:** Masculino 53a, con infecciones repetidas urinarias y dolor región lumbar izquierda, se le realizó US, reportó quiste para piélico gigante que comprime la pelvis renal, se drenó por laparoscopia. El segundo caso masculino 40 años con quiste renal gigante que comprime la pelvis renal derecha, se drena por laparoscopia. **Resultados:** El abordaje intraperitoneal laparoscópico para drenaje de enfermedad quística benigna renal ocasiona una recuperación rápida del paciente con menos dolor y menos complicaciones principalmente respiratorias.

TC-109

TUMORES DE BAZO

Alfaro SA, Esmer SD. Centro Médico del Potosí. San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: Los tumores esplénicos son en su mayoría hematopoyéticos, y la afección del bazo ocurre como extensión sistémica del proceso; es excepcional que suceda como fenómeno aislado. Se incluyen leucemias, linfomas y síndromes mieloproliferativos. **Objetivo:** Presentar el caso de tres pacientes sometidos a esplenectomía por tumores esplénicos. **Presentación de casos:** Caso 1. Femenino 33 años con tumor palpable en HCl que ocasionaba solamente plenitud postprandial, se le realizó US y TAC encontrando tumor esplénico, se somete a esplenectomía con RHP de tumor de cordones sexuales femeninos. Caso 2. Masculino 56 años con aumento de volumen y dolor en hipocondrio izquierdo, vómito postprandial ocasional y fiebre intermitente. Se le encuentra tumor en HCl, solicitamos US y TAC que confirman gran tumor esplénico. Se somete a esplenectomía con RHP de sarcoma esplénico. Caso 3. Masculino 56 años con antecedentes de funduplicatura laparoscópica en el 2002, posteriormente con dolor cólico postprandial y plenitud así como baja de peso refiere de 28 kilos en 4 años, se le palpa tumor en hipocondrio izquierdo, se solicitó US y TAC con reporte de tumor esplénico, se somete a esplenectomía con RHP de linfoma no Hodgkin de bazo. Evolución satisfactoria. **Conclusiones:** Los tumores esplénicos son en su mayoría hematopoyéticos, y la afección del bazo ocurre como extensión sistémica del proceso; es excepcional que suceda como fenómeno aislado. Se incluyen leucemias, linfomas y síndromes mieloproliferativos.

TC-110

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO

Esmer SD, Alfaro SA, Álvarez TFF, Jiménez GC, Bernal BM, Gómez A

Antecedentes: La toracoscopia se introdujo por Jacobeus en 1911, inicialmente utilizada para diagnóstico y tratamiento en enfermedades pleurales y desde 1937 Statler utilizó la toracoscopia para el manejo del neumotórax espontáneo. **Objetivo:** Presentar el manejo toracoscópico del neumotórax espontáneo. **Material y métodos:** Un total de 6 pacientes en 2 años de enero 2002 a diciembre del 2003. 5 masculinos, 1 femenino, todos con afección derecha, 2 primarios y 4 secundarios. El procedimiento realizado fue biopsias, abrasión pleural y pleurodesis con preparación de talco estéril. La edad promedio fue de 47 años, el tiempo de estancia postoperatoria fue de 3 días. Los diagnósticos de los neumotórax secundarios fueron enfisema buloso en 3 pacientes y 1 paciente con enfermedad intersticial difusa por neumocomiosis por silicosis. La evolución fue buena en 4 pacientes, el paciente de la silicosis presentó fistula broncopleurales de bajo gasto que se manejó con válvula unidireccional y ambulatorio sin complicaciones y cerró en 23 días y otro presentó empiema posterior a pleurodesis que se drenó y se manejó con antibióticos por 21 días sin complicaciones. En la actualidad no ha habido recurrencias y no tenemos defunciones en el seguimiento. **Conclusiones:** La toracoscopia en el manejo del neumotórax espontáneo pre-

senta muy baja morbimortalidad y rápida recuperación de los pacientes.

TC-111

ADENOMA TÚBULO VELLOSO EN SIGMOIDES. CASO CLÍNICO

Balbuena HE, Garza O, Aguilar MI. Hospital de Especialidades No. 25 IMSS. Monterrey, Nuevo León

G.R.J, masculino de 61 años de edad. apnp: casado, abogado, hábitos higiénicos y dietéticos de buena calidad. app: diabetes mellitus tipo II de 18 años de evolución tratada con insulina nph 20u I.R. C. secundaria a nefropatía diabética de 2 años de evolución, actualmente tratada con diálisis peritoneal, plastía inguinal bilateral hace 40 años; colecistectomía hace 5 años, colocación de catéter de Tenckoff hace 1 año. Amputación infracondílea MPD hace 2 meses por necrobiosis diabética. pa: lo inicia 6 meses previos presentando evacuaciones acompañadas con rectorragia, en escasa cantidad todos los días, niega otros síntomas, presentó pérdida de 1 kg en 5 meses. e. f. consciente, hidratado, con palidez tegumentaria, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso, con catéter de Tenckoff funcional, se palpa blando, depresible, no visceromegaleas, ni tumoraciones, sin datos de irritación peritoneal, MPD con ausencia QX, tacto rectal se observa colgajo cutáneo, ampulla rectal vacía, no se palpan tumoraciones, sale guante explorador con escasa materia fecal. Colonoscopia: tumoración exofítica de aprox. 6 mm de diámetro de aspecto amamelonado, friable, que sangra con facilidad, aprox. a las 12 horas del reloj, a los 25 cm de margen anal. Resto de colon normal, se toma biopsia que reporta pólipo vellosos Hb 11.1 Hto: 32.3 (posterior a transfusión de 1 paquete globular) Tp11.4% TpT 28.2. Tratamiento: sigmoidectomía + colorrectoanastomosis término-terminal. Hallazgos Qx: tumoración de 3 x 4 cm dependiente de sigmoides localizado en su borde mesentérico el cual protrúa desde la luz del sigmoides atravesando la serosa, hasta adherirse firmemente al ciego. Hígado micro y macronodular endurecido de aspecto cirrótico, resto de órganos abdominales de características normales. rhp: adenocarcinoma bien diferenciado, microinvasor, sin rebasar la muscularis de la mucosa, originado en la base de un pólipo túbulo vellosos. Bordes libres de tumor. Evolución, se egresó al 4to día de P.O, tolerando dieta oral y evacuaciones presentes, manejo médico por nefrología para IRC, actualmente alta del servicio posterior a revisión RHP según protocolo. **Comentario:** Los adenomas colónicos son pólipos neoplásicos, que se presentan en un tercio a dos en los estadounidenses mayores de 65 años de edad. Éstos se clasifican en tubular, vellosos y túbulo vellosos. El primero constituye el 75%, los cuales son pequeños en un 75% < 1 cm y sólo 4% > 2 cm, pueden ser tanto pediculados como sésiles, los pequeños tienden a tener contornos suaves y redondeados, mientras que los tumores grandes son frecuentemente lobulados. Los adenomas vellosos constituyen el 10%, son generalmente grandes, con sólo en 14% de los tumores < 1 cm y 60% > 2 cm, son frecuentemente sésiles y suavemente aterciopelados, en este tipo se presenta con frecuencia atipia. Los adenomas túbulo vellosos tienen, característicamente, propiedades intermedias entre los adenomas tubulares y los vellosos. El gran tamaño, el tipo vellosos y la presencia de atipia están asociados con un alto riesgo de malignidad. En general la polipectomía total es tanto diagnóstica como terapéutica. Por definición el carcinoma invasivo presenta invasión a través de la muscular de la mucosa. La interrogante sobre la resección quirúrgica del colon surge debido a la presencia de linfáticos a nivel submucoso. La incidencia de dicha diseminación más allá de la muscular es baja, comprendida entre el 2 y el 9% de los pólipos, con un promedio de 5%. Se informó que la incidencia de metástasis en los ganglios linfáticos asociados a esta condición se encuentra entre el 8 y el 16%. El seguimiento varía de acuerdo a la evaluación patológica del pólipo. Si el adenoma tiene un carcinoma invasivo, la colonoscopia debe repetirse a los 3 meses, a 1 año y posteriormente cada 3 años. Si contiene un carcinoma *in situ* o completamente benigno, la endoscopia se realiza al año y posteriormente a los 3 años.

TC-112

CUERPO EXTRAÑO EN RECTO EN UN PACIENTE INDÍGENA

Balbuena HE, Pizaña RJG, Aguilar L. Hospital Rural O32, IMSS Oportunidades, Tula, Tamaulipas

B.H.C, masculino de 43 años de edad con los siguientes antecedentes: Anpn tabaquismo y alcoholismo positivo desde los 15 años de edad, 6 cigarrillos diarios y 20 cervezas aprox cada semana, procedente de el Gavial, Tamps, soltero, campesino, analfabeta, habita casa de adobe con techo de lámina, bebe agua sin tratar, cocina con leña, hábitos higiénicos y dietéticos de regular y mala calidad, hacinamiento, prácticas homosexuales de 2 meses. App niega enfermedades cronicogenerativas, transfusiones, alergias, cirugías. Padecimiento actual: acude sala de urgencias refiriendo dolor abdominal de 24 hrs de evolución, sensación de distensión abdominal, no náuseas, no vómito, así como imposibilidad para evacuación de heces fecales y flatos, al interrogatorio dirigido acepta introducción de cuerpo extraño en recto. A la exploración física se encuentra paciente masculino de edad aparente mayor a la cronológica, consciente, orientado, quejumbroso, deshidratación leve, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen blando, depresible, discreta distensión, doloroso a la palpación media y profunda, se palpa tumoración de consistencia firme movable, no fija a planos profundos a nivel de fosa iliaca izquierda, no datos de irritación peritoneal, timpánico, peristaltismo aumentado, genitales de acuerdo a edad y sexo, tacto rectal se encuentra a 5 cm de margen anal cuerpo extraño que obstruye al 100% la luz del recto. No datos de desgarramiento ni sangrado. Rx simple de abdomen. Se observan niveles hidroaéreos, con falta de aire distal en recto, así como imagen radioopaca que abarca toda el ampulla rectal. Hb 14.1, hto 43%, leucos 6,500, neutros 60%, plaquetas 490,000, tp 13.6", tpt 36". Tratamiento: bajo bloqueo peridural 12-13, previo protocolo quirúrgico, posición de litotomía, dilatación de ampulla rectal con jalea hasta lograr palpar cuerpo extraño, se tracciona bajo visión directa con pinza fuerte hasta la extracción total sin incidentes. Hallazgos: cuerpo extraño (garambuyo, tipo de cactus de la región) en forma de pene que medía 18 cm de largo x 9 cm de ancho, sin encontrar datos de sangrado, ni desgarramiento anal. Evolución. Se inicia vía oral a las 12 hrs posterior a la extracción de cuerpo extraño, previa valoración clínica y radiológica para descartar perforación de víscera hueca, se egresa 36 hrs después sin complicaciones.

TC-113

DOBLE PENETRANTE TÓRAX ABDOMEN POR EXPLOSIVO MILITAR CALIBRE 20 MM

Blas AR, López SF, Guadarrama CMA, Salmerón SJ, Vázquez AMG, Ramírez ER, Leal MG, Díaz QME. Sanatorio Naval Lázaro Cárdenas, Michoacán

Antecedentes: A pesar de un adecuado entrenamiento del personal Naval en el uso del armamento, las lesiones explosivas son inesperadas, siendo la onda explosiva primaria letal en su gran mayoría y directamente proporcional al calibre. **Objetivo:** Mostrar los momentos más oportunos de toracotomía de Urgencia en un caso de extraordinaria rareza secundaria a lesión por explosivos de uso militar. **Resumen:** Masculino de 41 años, AB +, inicia su padecimiento al sufrir HPAF de alto impacto 20 mm (esquirla) al realizar prácticas en alta mar, ocasionándole doble lesión penetrante de tórax izquierdo a nivel de 4º espacio costal línea media clavicolar y abdomen ipsilateral. Fue manejado en Sanatorio Naval de Lázaro Cárdenas, Michoacán, con sonda de pleurostomía por hemo-neumotórax 750 cc y enviado a este centro médico vía aérea para estudios de extensión y vigilancia; a su llegada, 5 hr. posteriores al evento, consciente, íntegro, TA110/70, FC:115x', Glasgow 15, Sat 95%, GSA acidosis metabólica compensada. Se instala acceso venoso central, Tele de tórax con expansión pulmonar adecuada, Rx de abdomen con cuerpo extraño subdiafrágico, se tipan y cruzan hemoderivados, 1 hr. posterior a su llegada presenta disfunción respiratoria progresiva con acidosis mixta severa, requiriendo apoyo mecánico ventilatorio, manejo de aminas y

hemotransfusiones, se realiza rastreo abdominal (FAST) por abdomen agudo, sin líquido libre a ningún nivel, al momento con gasto de pleurostomía de 1000 cc, se decide toracotomía exploradora por choque hipovolémico hemorrágico grado IV. **Hallazgos:** Transoperatorio lesión de cara anterior de ventrículo izquierdo de 1 cm, bordes quemados, hemopericardio de 300 cc y hemotórax izquierdo de 2,500 cc. Laparotomía sistematizada, sin evidencia de lesión. Se coloca punto de prolece 5-0 apoyada en perla de aponeurosis de oblicuo mayor, se rafia parénquima pulmonar por lesión penetrante. Evolución favorable, actualmente sin repercusión hemodinámica ni cardíaca, reincorporándose al 100% a sus actividades. **Discusión:** El caso ilustra la presentación de un doble trauma penetrante toracoabdominal por explosivo de uso exclusivo de las fuerzas armadas de México, en donde una toracotomía temprana y manejo multidisciplinario disminuye en forma considerable la morbimortalidad.

TC-114

TRIAGE PREHOSPITALARIO PROPORCIONADO AL GRUPO DE FUERZAS ESPECIALES DE LA ARMADA DE MÉXICO

Blas AR, Trejo CD, Guadarrama CMA, Salmerón SJ, Marmolejo VA, Durán GE, Leal MG, Díaz QME, Aguilar VMA. Sanatorio Naval Lázaro Cárdenas, Michoacán

Antecedentes: Condicionantes climatológicas como el frío extremo y la lluvia intensa pueden ser desalentadoras para un ejército, mismas que aunadas a brotes epidémicos pueden resultar devastadoras y poner en riesgo cualquier orden de operaciones. **Objetivo:** Reportar el triage prehospitalario proporcionado al grupo de Fuerzas Especiales de la AM, el cual se vio afectado por un cuadro gastrointestinal agudo. **Material y métodos:** 192 elementos de fuerzas especiales contando como apoyo de Sanidad Naval 5 elementos (1 médico cirujano y 4 enfermeros), mismos que estuvieron expuestos a baja temperatura que oscilaba entre 0 y -8°C, precipitaciones pluviales intensas y frecuentes (8-10 hrs al día) así como de hipobaría (3,800 a 4,400 m sobre el nivel del mar). Presentando sintomatología en promedio 3 hr después de la ingesta de alimentos viéndose afectados 102 elementos (53%). Se dividieron en 3 grupos en base a síntomas, grupo 1 (vómito), 2 (diarrea) y 3 (vómito y diarrea), sin signos peritoneales positivos. Al igual el tratamiento establecido para cada uno fue el siguiente:

Grupo I (Vo) 10 mg Metoclopramida IM.

Grupo II (Da) 10 mg Butilioscina IM.

Grupo I (Vo+Da) 10 mg Dimenhidramina IM + 2 mg Loperamida VO. La valoración fue continua a los 20, 40, 60, 90 minutos posteriores a la consulta inicial y tomados a partir de la aplicación del medicamento. **Resultados:** El presente estudio se logró el control del 85% de los enfermos en un lapso de 90 minutos, sólo trasladando a un nivel de atención superior al 14% (15 pacientes). **Conclusiones:** Se demostró que aún en situaciones aisladas el triage prehospitalario de grandes volúmenes, pacientes con los recursos humanos y materiales adecuados abate la morbilidad de manera aceptable y de este modo permite así el poder concluir las órdenes de operaciones encomendadas por el mando.

TC-115

TROMBOSIS MESENTÉRICA MIXTA CON SALVAMENTO INTESTINAL

Guadarrama CMA, Blas AR, Salmerón SJ, Alcaraz GJL, Mata CR, Leal MG, Díaz QME, Larracilla SI. Sanatorio Naval Lázaro Cárdenas, Michoacán

Antecedentes: La isquemia mesentérica aguda es una emergencia vascular que pone en peligro la vida y cuya mortalidad se encuentra en un rango de 60 a 100%. Cualquiera que sea su etiología, la interrupción aguda de la perfusión del intestino y colon proximal progresa desde alteraciones fisiológicas potencialmente reversibles en la integridad del tejido hasta el infarto transmural completo con necrosis hemorrágica. **Objetivo:** Presentar un caso de urgencia quirúrgica de abdomen agudo con hallazgo de trombosis mesentérica, realizándose laparotomía exploradora con resección de intestino. **Resu-**

men: Masculino de 50 años de edad, antecedente de tabaquismo por 15 años de evolución, poliglobulia de 4 años de diagnóstico, estreñimiento crónico sin tratamiento, inicia padecimiento presentando dolor abdominal tipo cólico manejado por facultativo con antiespasmódicos, persistiendo con dolor por lo que acude al servicio de urgencias, lo interna Medicina Interna con el diagnóstico de hepatopatía en estudio, ascitis y poliglobulia, persiste con dolor abdominal por lo que es valorado por Cirugía General, encontrándose con datos de irritación peritoneal, edema de extremidades inferiores coloración ocre, se toma TAC abdominal sin hallazgos de importancia, se somete a LAPE, encontrándose: hemoperitoneo de 500 cc, hernia interna en fosa iliaca izquierda, isquemia intestinal de 130 cm de asa fija hasta 20 cm previos a complejo ileocecal, realizando resección y yeyuno-íleo anastomosis término-terminal. **Conclusiones:** Con este caso se demuestra que a pesar de la baja incidencia (0.06%) de este tipo de patologías, con un trabajo multidisciplinario se puede reducir la alta mortalidad y brindarle a estos enfermos una excelente calidad de vida.

TC-116

REPORTE DE CASO DE PACIENTE MASCULINO DE 36 AÑOS CON PRESENCIA DE HERIDA PENETRANTE POR INSTRUMENTO PUNZOCORTANTE EN ZONA II DE CUELLO Y TÓRAX

Plascencia MG, Pineda FJ, García CSS. Hospital General de Balbuena. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Antecedentes: Sin duda uno de los grandes retos para el cirujano general es el manejo y diagnóstico de las lesiones traumáticas y en este caso en particular por instrumento punzocortante, así mismo cuando se afectan dos o más zonas corporales, sobre todo por la presencia de lesiones a nivel de cuello y tórax debido a las estructuras vasculares que se pueden ver involucradas. **Objetivos:** El objetivo de este caso está basado en demostrar que el manejo adecuado y oportuno de pacientes con lesiones graves por trauma es sin duda un determinante para la evolución y resolución de este tipo de lesiones. **Informe del caso:** Paciente masculino de 36 años de edad que ingresa a la unidad de trauma y choque previa a ser transportado vía aérea, presenta herida por instrumento punzocortante en zona II de cuello y con dirección hacia tórax se encuentra con presencia de TA de 100/60 diaforético, con presencia de frecuencia cardíaca de 110 con Glasgow de 12, se aprecia en placa de tórax objeto presente que penetra hacia hemitórax izquierdo en tórax con herida en cara posterior de hemitórax izquierdo no penetrante movimiento de amplexión y amplexación disminuidos a nivel de hemitórax izquierdo con sonda endopleural a nivel de 7° espacio intercostal y línea medio axilar con gasto de 300 cc de material hemático, el paciente es estabilizado con soluciones cristaloides con criterios para intubación orotraqueal, se integran los diagnósticos de HPIPC penetrante de cuello y tórax así como choque hipovolémico grado III. Se pasa a quirófano, se realiza exploración quirúrgica de cuello así como toracotomía anterolateral izquierda, se observa objeto punzocortante, el cual se extrae, se encuentra lesión de músculo tirohioideo esternocleidomastoideo izquierdo, vena yugular anterior y lesión perforante de lóbulo derecho de glándula tiroideas y de cartílago tiroideas, lesión de vasos afluentes de arteria subclavia y lesión puntiforme de arteria subclavia por lo que se decide realizar esternotomía por no tener exposición adecuada, el paciente egresa de quirófano con TA 105/60 con una frecuencia cardíaca de 98 por minuto. Se estimó un sangrado de 2,500 cc, es valorado por el servicio de UCI donde permanece por 7 días, permanece por transcurso de 28 días en el servicio de cirugía general donde es egresado. **Discusión y conclusiones:** El éxito del caso fue el pronto manejo del estado de choque, el diagnóstico y manejo en las lesiones presentadas por el paciente así como el tiempo previo a la cirugía que fue sólo de 2 horas, así mismo el abordaje adecuado debido a los hallazgos transoperatorios. Concluimos que las lesiones traumáticas por instrumento punzocortante en las que el objeto se encuentra aún presente en el paciente deberá de ser retirado sólo cuando se cuente con cirujanos capacitados para el manejo de este tipo de lesiones. Consideramos que en lesiones traumáticas de cuello y tórax no es posible exceder-

se en confianza hasta haber agotado, desde el punto de vista de exploración quirúrgica toda zona lesionada ya que la acuciosidad en este tipo de lesiones sin duda puede hacernos tomar decisiones quirúrgicas sobre la marcha.

TC-117

CÁNCER DE PENE: REVISIÓN EN EL HOSPITAL GENERAL NO. 26 DEL ISSSTE. ZACATECAS

Valles-Mata J, López-Sánchez J, Reyes-Cabral R. Hospital General No. 26, Zacatecas, Zacatecas

El carcinoma de pene es una neoplasia rara que afecta a varones con edades comprendidas entre los 50-70 años, supone el 0.4% de los tumores y el 0.7% de los tumores malignos del varón. La fimosis, los procesos irritativos crónicos relacionados con una higiene deficiente, las infecciones virales como la del papiloma humano, tabaquismo y la radiación ultravioleta, entre otros, son algunas de las causas de esta patología. Nuestro objetivo fue comparar nuestros resultados a los descritos en la literatura, además, comparar el tratamiento impartido en nuestra institución con el de la literatura. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo para analizar los casos de cáncer de pene en el Servicio de Oncología del Hospital General No. 26 del ISSSTE, durante 1998-2003. Se incluyeron 3 pacientes con edad promedio de 63 años, con los siguientes antecedentes: tabaquismo, higiene deficiente, no ingesta de alcohol. El tratamiento fue a base de cirugía dependiendo de la etapa clínica, así como con quimioterapia adyuvante. Concluimos que nuestros pacientes han superado el período libre de enfermedad y la sobrevivencia. Creemos que la quimioterapia puede ser una etapa importante en el tratamiento del cáncer de pene, que anteriormente se reservaba a la enfermedad metastásica.

TC-118

DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFORADO EN UN PACIENTE ANCIANO. REPORTE DE UN CASO

Casas AME, Martínez GAM, Breton MD, Castillo VRA, Camacho MA. HGZ No. 2, Saltillo, Coahuila

Antecedentes: En 1809, Johann Friederich Meckel fue el primero en describir la embriología y la relación entre el divertículo y el conducto onfalomesentérico, definiéndolo como la persistencia del extremo intestinal del conducto onfalomesentérico o vitelino, el cordón umbilical con el intestino primitivo medio. De acuerdo a sus características se ha propuesto para su diagnóstico la regla de los 2: Incidencia del 2%, localización a dos pies de la válvula ileocecal (30 cm), tiene dos pulgadas de largo, se vuelve sintomático antes de los dos años de edad, comúnmente tiene dos tipos de tejido heterotópico (gástrico y pancreático), y por último es dos veces más común en hombres que en mujeres. Los síntomas se presentan con mayor frecuencia en infantes y niños, que en adultos, siendo los más frecuentes, dolor abdominal, náuseas, vómitos, enterorragia, distensión abdominal, puede provocar invaginación o vólvulos en infantes; en niños y adultos la presentación es semejante a cuadro de apendicitis. El riesgo de desarrollar síntomas durante la vida es del 4% al 6%, y disminuye con la edad. **Objetivo:** Presentación del caso de un paciente anciano con divertículo de Meckel perforado. **Informe de un caso:** Masculino de 88 años de edad, sin antecedentes de importancia, que acude al servicio de urgencia, por presentar dolor en región de abdomen en cuadrante inferior izquierdo, tipo cólico de moderado a severo el cual aumenta y disminuye de intensidad, se acompaña de náuseas y vómitos de características gastrobilíares, también presenta pirosis y artralgias, permanece en el servicio de urgencias, donde se administran soluciones y antieméticos, presentando posteriormente evacuaciones líquidas y en número de 5 a 7, fétidas de color café, se realizan estudios de urgencia, con laboratorios dentro de límites normales, se solicita radiografía simple de abdomen, con datos de aire en intestino delgado, pero con buena distribución de aire, el paciente mejora dándosele de alta con buena tolerancia a la dieta, sin dolor y con mejoría en las evacuaciones

diarreicas. El paciente regresa al servicio de urgencias dos días después, con mal estado general, presentando estado de choque, con TA de 90/70, taquicardia, y fiebre, así como deshidratación, el dolor ha pasado de ser localizado a difuso, en todo el abdomen, intenso, acompañado de náuseas y vómitos de contenido fecaloide, sin evacuaciones y sin canalizar gases. A la exploración se encuentra con mucosas orales secas, palidez, taquicardia, ruidos pulmonares y cardiacos sin alteraciones, piel marmórea, abdomen con vientre en madera, hiperestesia, hiperbaralgesia, timpanismo con áreas de submatidez, a la auscultación ruidos metálicos. Se solicitan laboratorios de urgencia y radiografía de abdomen, mientras se esperan resultados se inicia restitución de líquidos y aplicación de antibióticos. Se encuentra con laboratorios de HB 11.0, hto 33 Leucocitos de 16,900, linfocitos 13, monocitos 7, eosinófilos 0, basófilos 0, segmentados 77, bandas 3, glucosa 137, urea 43, creatinina 3.92. La radiografía de tórax muestra aire libre subdiafragmático, por lo cual se decide su ingreso de urgencia a quirófano, con hallazgos de dos litros de material franco intestinal, perforación a 10 cm de la válvula ileocecal, intestino delgado adherido al colon, se realiza resección de 20 cm de intestino delgado desde la válvula ileocecal, así como hemicolectomía derecha, con cierre distal, dejando ileostomía, previo a esto lavado de cavidad con solución fisiológica en forma enérgica. El paciente es enviado a UCI. **Conclusión:** La presentación del divertículo de Meckel en adultos es de 0.46%, la perforación en adultos no es frecuente y en ancianos resulta todavía menos común.

TC-119

SECCIÓN DE VASOS ILIACOS: COMPLICACIÓN POSIBLE EN APENDICECTOMÍA

González SPA, Ramírez OBC, Pazaran MCD, Aguilar SJ, Ovando JE, Gomezcordero LR, Aznar AJ, Jaramillo AR, García NR, Ortiz ZMA, Pantoja JJA, Vargas VMV, Urzua VA, Sandoval GCF, Escalona DMS, Piña GMC. Hospital General "Ignacio Zaragoza" ISSSTE México, D.F.

Antecedentes: Se ha reportado la lesión de los vasos iliacos, como complicación durante apendicectomía, debido a la proximidad de estas estructuras. **Objetivo:** Presentación de un caso. **Resumen:** Masculino de 19 años, con apendicitis aguda de cinco días de evolución, presentando plastrón que diseca hacia pared anterior, se somete a cirugía, encontrando absceso de pared abdominal, mionecrosis y fascitis, difícil identificación de estructuras, olor fecaloide, 2,000 ml de material purulento, cavidad abdominal con integridad intestinal, tercios medio y distal apendiculares, retroperitoneales. Se realiza apendicectomía, se procede a disecar plastrón periapendicular, se seccionan accidentalmente vasos iliacos externos derechos, se comprimen, posteriormente se identifican, se realiza anastomosis con injerto invertido de safena ipsilateral para la arteria y puente invertido de safena para la vena, ambas intrainguinales, observando reperusión del miembro, pulsos poplíteo y tibial presentes, isquemia total de la extremidad de tres horas. Postoperatorio manejado de forma médica, desarrolla absceso de sitio quirúrgico y extremidad, edema del segundo, drenándose por compresión externa, acompañado de parestias y parestesias del miembro, que mejoran paulatinamente. Catorce días después se realiza Doppler con índices de .52 a .66 arterias distales, se egresa sin compromiso neurovascular de la extremidad y funciones intestinales íntegras, cuatro meses después permanece asintomático. **Comentario:** La lesión de vasos iliacos durante apendicectomía aunque infrecuente, debe ser considerada, como posible, sobre todo en aquellos casos que el proceso dificulte la identificación de estructuras.

TC-120

DILATADOR DOBLE OLIVA TIPO PALACIO VÉLEZ PARA COLOCACIÓN DE SONDA TRANSHEPÁTICA

Palacio VF, Castro MA, Vargas AL, Quintos JJ, Aranda PJC. Hospital General "Ignacio Zaragoza" ISSSTE México, D.F.

Objetivo: Dar a conocer la utilidad de este instrumento para la colocación de sondas transhepáticas en lesiones y reconstrucciones de vía biliar. **Material y método:** En el Hospital Regional General

Zaragoza, durante 21 años (1980-2001) se han realizado 54 reconstrucciones de la vía biliar por lesión iatrogénica: intrahepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux en 28 pacientes, hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux en 20 pacientes, conversión de hepaticoyeyunoanastomosis a intrahepaticoyeyunoanastomosis en 4, hepaticoyeyunoanastomosis término-terminal 1 paciente, y operación de Longmire en 1 paciente, más 4 reoperados por estenosis dando un total de 58 cirugías, de éstas, 55 requirieron la utilización del dilatador para la aplicación de sonda transhepática (6). **Conclusión:** La utilización de este instrumento facilita la introducción de sonda en T calibre 8-10 Fr a la vía biliar intrahepática, evitando un mayor trauma al hígado y a la vía biliar. **Introducción:** Desde que se ha realizado la cirugía de la vesícula y vías biliares, el cirujano siempre ha estado expuesto a lesionar la vía biliar tanto en la cirugía abierta como en la endoscópica. La incidencia de lesiones después de colecistectomía abierta va de 0.06% a 0.21%, en la colecistectomía endoscópica la frecuencia varía de 0.30% a 0.60%, con incremento en relación con la abierta que va de 4 a 10 veces. Una de las principales causas, en la cirugía abierta, han sido las variantes anatómicas, la agudización del cuadro, así como el desconocimiento de la anatomía biliar, mientras que en la cirugía endoscópica ha tenido relación con la curva de aprendizaje (1,2). De acuerdo a la clasificación de las lesiones según Bismuth las de tipo III Y IV son las que ameritan que se tenga la necesidad de aplicar sondas intrahepáticas según nuestro estudio de 21 años. Para la utilización de este dilatador es importante el conocimiento de la vía biliar intrahepática. El hígado está dividido en dos porciones principales y un lóbulo caudado. Los lóbulos derecho e izquierdo están drenados por sus conductos, mientras que el lóbulo caudado está drenado por uno o varios conductos que desembocan en los hepáticos derecho e izquierdo. De los diferentes elementos biliares y vasculares de las triadas portales principales, los componentes venosos son los que menos varían, los conductos biliares habitualmente se ubican por encima de las venas portales correspondientes, mientras que las ramas arteriales hepáticas se ubican por debajo de las venas. El conducto hepático izquierdo drena tres segmentos (II, III y IV) el que drena el segmento III se ubica ligeramente por detrás del asta izquierda de la cisura umbilical, cursando hacia atrás para unirse con el conducto del segmento II, el conducto hepático izquierdo pasa por debajo del hígado en la base del segmento IV exactamente por encima y por detrás de la rama izquierda de la vena porta, cruza el borde anterior de ésta para unirse con el conducto hepático derecho, su trayecto es más largo, menos horizontal y es mucho más superficial en relación al grosor del tejido hepático. El derecho drena los segmentos V, VI, VII, Y VIII. Es más corto y tiene un curso casi horizontal y se une al conducto hepático izquierdo para constituir la confluencia ubicada por delante de la vena porta derecha y que forman el conducto hepático común (3). La realización de estudios imagenológicos nos ayudará a identificar el mapa de las vías biliares y sus variantes anatómicas pudiendo mencionar entre éstos la colangiografía percutánea transhepática (CPT), colangiografía transoperatoria, (CT), estudios radioisotópicos (HIDA marcada con Tc^{99m}), la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la colangiografía resonancia magnética (CR) – (4,5). De acuerdo a nuestra experiencia el conducto intrahepático derecho es mucho más corto que el izquierdo y nos hemos apoyado para identificación del trayecto biliar en los estudios radiográficos mencionados en la literatura. Otro punto importante a tomar en cuenta es la utilización de sonda de bajo calibre (8-10 Fr) de silicón. **Material y método:** En el Hospital Regional Gral I Zaragoza durante 21 años (1980 a 2001) se realizaron 54 reconstrucciones de la vía biliar por lesión iatrogénica: Intrahepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux en 28 pacientes, hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux en 20, conversión de hepaticoyeyunoanastomosis a intrahepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux en 4 pacientes, hepaticoyeyunoanastomosis término-terminal en 1 y operación de Longmire en 1, se reintervinieron 4 pacientes por estenosis haciendo un total de 58 cirugía (6), en 55 procedimientos se utilizó el dilatador de doble oliva tipo Palacio Vélez el cual se fabricó en alambre de plata de 25 cm con doble oliva del No 3 Fr, es maleable, en donde en una de sus puntas se introduce la rama larga de la sonda T hasta que ésta quede justa y si es necesario para que no se afloje se sujeta

con sutura de prolene del 000, previamente con el mismo dilatador se verifica el calibre del conducto y su trayecto dándosele forma semicurva para facilitar su paso, una vez que se introduce el dilatador con la sonda puesta, se tocará la superficie hepática para ver el espesor del tejido a perforar tratando lacerar lo menos posible el parénquima; cuando haya pasado la sonda, se colocan las ramas, una en el conducto hepático derecho o izquierdo según sea el caso y la otra en el asa desfuncionalizada, se termina la anastomosis biliodigestiva, y se procede a dejar dos drenajes del tipo penrose, uno colocado en hiato de Winslow y otro subfrénico. Finalmente la sonda en T se retira de 6 a 8 semanas previo control colangiográfico. **Resultados:** De un total de 58 cirugías por lesión iatrogénica incluidas reintervenciones de la vía biliar, 55 requirieron la utilización de este tipo de dilatador que facilitó el paso de la sonda transhepática, en ninguna de las cirugías se produjo lesión intrahepática de la vía biliar o de la periferia del tejido hepático, que pudieron haberse manifestado por fístula biliar, sangrado o colecciones postoperatorias. **Discusión:** Hasta la fecha se han hecho varias publicaciones acerca del tipo de lesiones que se han producido tanto en la cirugía abierta como en la endoscópica de la vía biliar, la forma de reparación y sus resultados a corto, mediano y largo plazo pero en ninguna se hace mención del tipo de instrumento utilizado para pasar la sonda transhepática en lesiones III y IV de la clasificación según Bismuth, por lo que consideramos importante dar a conocer la utilidad de este innovador y útil instrumento así como algunos tips para su manejo.

TC-121

CASO CLÍNICO

QUISTE DE COLÉDOCO TIPO I CON ADENOCARCINOMA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Castro MA, Ayala AM, Palacio VF, Vargas AAL. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE. México D.F

Objetivo: Presentar un caso de cáncer en quistes de colédoco con invasión duodenal, sobrevida de 11 años y revisión de literatura. **Antecedentes:** Los quistes de colédoco son más comunes en mujeres que en hombres, 20% se diagnostica en vida adulta, con mayor incidencia en países orientales. Los tipos más comunes son I y IV, existe relación con otras patologías como litiasis en el quiste, colecistitis litiasica, pancreatitis, y cáncer con prevalencia mayor en tipo I y IV; 57% es intraquístico. La etiología se desconoce, el diagnóstico es clínico, con USG y CPRE, el tratamiento es resección con reconstrucción biliodigestiva, la sobrevida a largo plazo es rara. **Presentación del caso:** Paciente femenina de 41 años que ingresó al servicio de urgencias del hospital el 6 de junio de 1992 con el antecedente de postoperada de urgencia el 24 de noviembre de 1991 por cuadro vesicular agudizado encontrándose como hallazgo: colecistitis litiasica agudizada y dilatación de la vía biliar con coledocolitiasis, por lo que se le realizó colecistectomía más exploración de vías biliares y coledocoduodeno-anastomosis, siendo dada de alta. Y reingresando el 2 de junio del 1992 con cuadro clínico de dolor en epigastrio tipo cólico de moderada a gran intensidad, irradiado hacia tórax posterior, náusea, vómito, hipertermia de 39° C, mialgias, artralgias y tinte subictérico. Se realizan estudios de bilirrubinas con reporte de totales de 2.3-directa de 1.1, indirecta 1.2, amilasa 321. USG con diagnóstico de masa quística con litos en su interior que sugiere quiste de colédoco páncreas normal, CPRE que indica quiste de colédoco tipo I y estenosis de más de 95% de la coledocoduodeno anastomosis. Se programa para realizar resección del quiste con reconstrucción biliodigestiva. Hallazgos: múltiples adherencias por cirugía previa, dilatación sacular de colédoco de 8 x 6 cm con pared engrosada y blanquecina con múltiples cálculos de 0.3 y 0.5 cm de color amarillo oscuro, tumoración de aspecto vegetante en su interior de 2 x 1.5 cm y estenosis de la coledocoduodeno-anastomosis. Se reseca lesión quística hasta su porción intraduodenal y se realizó la reconstrucción con hepaticoyuno-anastomosis en Y de Roux y colocación de sonda en T. Seis días después presenta cuadro de abdomen agudo por apendicitis por lo que se le realizó apen-

dicectomía. Los reportes de patología fueron: Adenocarcinoma de tipo papilar con áreas mucinosas con infiltración al duodeno y apendicitis edematosa. Es valorada por el servicio de Oncología quien sugirió realizar un second look no aceptando la paciente. Y 3 semanas después se aplica quimioterapia: 4 ciclos de FAM y 1 de 5 FU. Hasta la fecha actual se le han realizado USG y TAC abdominales, siendo éstos negativos a recidiva tumoral, así como gammagrama con IDA marcada con Tc 99 para valorar la viabilidad de la anastomosis bilioentérica existiendo buen paso del radioisótopo sin datos de estenosis. En el mes de julio de 2003 se realizan laboratorios como bilirrubinas totales de 0.47, TGO 16, TGP 16, fosfatasa alcalina de 96 u/l, y marcadores tumorales como: el CEA 19-9 DE 10 U/ml con rango normal de 2.5 a 33 U/ml, Alfa feto proteína de 0.816 U/ml con rangos normales de 0.5 a 5.5 UI/ml. La sobrevida a 11 años de la paciente ha sido en buenas condiciones de salud, asintomática, sin ninguna restricción con integración total a su vida cotidiana y familiar y sin funcional hasta el momento. **Discusión:** Se menciona en la literatura que los quistes de colédoco en el adulto tienen una mayor incidencia en el sexo femenino, con cuadro clínico parecido al de la infancia 4, el tipo de cáncer más frecuente es el colangiocarcinoma con una incidencia de 2.5 a 28% según Flanigan y Ono 3. 8. Éste está incluido dentro de los intraquísticos, con una mayor frecuencia en el tipo 1 y IV, cuyo principal mecanismo en su producción es la estasis biliar la cual produce cambios de malignización en el epitelio 3. El riesgo de padecer cáncer va en relación con la edad siendo de 0.7 a los 10 años, 6.8% de los 11 a 20 años y 14.3% alrededor de los 20 años de edad 7. La edad promedio de presentación reportada en la literatura es de 32 años, con un 57% de ser intraquístico 3, 4. El tratamiento es la excisión del quiste y la reconstrucción biliodigestiva, la sobrevida a largo plazo es rara. El caso que presentamos, es una entidad poco frecuente, con pocos casos reportados la literatura, es un quiste de colédoco del tipo I, en una paciente del sexo femenino, de 30 años de edad, con adenocarcinoma intraquístico, el cual se correlaciona con lo mencionado en la literatura, la cirugía que realizó fue resección del quiste con anastomosis biliodigestiva en Y de Roux. La sobrevida de nuestra paciente ha sobrepasado los 10 años por lo que se puede considerar curada. Concluyendo que una resección amplia y cuidadosa para no provocar implantes, más la utilización de quimioterapia adyuvante pueden ser fundamentales para obtener buenos resultados.

TC-122

PANICULITIS DEL MESENTERIO SIMULANDO UN TUMOR RETROPERITONEAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Moreno PM, Domínguez GD, García FC. División de Cirugía Endoscópica del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México D.F.

Paciente masculino de 86 años con antecedente de hipertensión arterial. Acude por presentar dolor epigástrico de un mes de evolución. A la exploración se detecta tumor epimesogástrico de aproximadamente 10 cm de dm. fijo a planos profundos, no doloroso a la palpación, de bordes mal delimitados. Protocolo de estudio con endoscopia superior sin hallazgos relevantes, ultrasonido de abdomen con masa hipoecoica mal definida localizada epimesogastrio, TAC de abdomen con lesión de densidad grasa, de 12 x 10 cm, vascularizada que rodea vasos mesentéricos y desplaza vísceras hacia la periferia, de bordes mal definidos con diagnóstico radiológico de probable liposarcoma. Exámenes de laboratorio irrelevantes. Laparoscopia diagnóstica revela tumoración de aspecto lipomatoso de bordes lisos y al tacto con los instrumentos de consistencia blanda, localizada en raíz de mesenterio con toma de biopsia peritoneal de aparentes metástasis y toma de escaso líquido de aspecto queloide libre en cavidad que reportan inflamación crónica inespecífica y adipositos maduros. Laparotomía exploradora con biopsia incisional de tumoración con reporte definitivo de pancreatitis con inflamación crónica y necrosis grasa sin atipias. Evolución postoperatoria satisfactoria. Se incluyen imágenes de cirugía, pieza quirúrgica y cortes histológicos. Se realiza revisión de literatura con casos similares reportados y diagnósticos diferenciales.