

Cirujano General

Volumen
Volume **26**

Suplemento
Supplement **1**

Octubre-Diciembre
October-December **2004**

Artículo:

Parte II.

Resumenes de TC-123 al TC-232

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

Otras secciones de este sitio:

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

Others sections in this web site:

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



Medigraphic.com

TC-123

PECTUS EXCAVATUM. INFORME DE UN CASO

Pinedo OJA, Aguilón BA, Martínez LCA, Guevara TL, Aguilón LA. Hospital Central "Dr. IMP"; SLP, SLP

Introducción: Pectus excavatum, deformidad congénita de la pared torácica de 4-5 costillas que crecen anormalmente, dando apariencia excavada a la pared torácica anterior. Frecuencia (1:300-400 nac.). El mecanismo del sobrecrecimiento osteocondral es desconocido; no hay marcadores genéticos identificables, pero se reporta aparición familiar en 23-41% de los casos, y asociación con síndromes de Marfan y Poland. Anormalidad más frecuente de la pared torácica (90%), seguida del pectus carinatum (5-7%), se diagnostican > 90% de los casos al primer año de vida. El empeoramiento de la apariencia e inicio de la sintomatología se presentan en el periodo de rápido crecimiento óseo durante la pubertad, pudiendo la primera ser perturbadora para los adolescentes, frecuentemente existen problemas de autoestima y percepción de la imagen corporal, no inusuales en pacientes mayores. Los pacientes comúnmente permanecen asintomáticos funcionalmente, aunque puede identificarse un patrón restrictivo en pruebas funcionales respiratorias y prolapsio mitral en 20-60% de los casos. El objetivo quirúrgico es la corrección anatómica, sobre todo en pacientes jóvenes. La reparación cosmética es indicación quirúrgica, otras incluyen limitación al ejercicio, disfunción cardiaca y/o pulmonar, dolor torácico, estrés y necesidad futura de esternotomía (cirugía a corazón abierto). **Objetivo:** Informe de caso. **Descripción:** Masculino 17 años, diagnosticado al nacimiento, asintomático, deportista. EF: Postura encorvada, escoliosis torácica, ruidos cardíacos desplazados a la izquierda SFA, campos pulmonares bien ventilados. Rx tórax: Disminución asimétrica antero-posterior, escoliosis torácica alta. TAC torácica: Diámetro AP: 2.6 cm, transverso: 27 cm (HI: 10.3), silueta cardiaca y grandes vasos desplazados a la izquierda. Ecocardiograma transesofágico: Prolapso ligero de valva mitral anterior sin repercusión hemodinámica. Pruebas funcionales respiratorias en límites inferiores normales. IQ: Plastia torácica con implante de silicón.

TC-124

TORSIÓN OMENTAL. INFORME DE TRES CASOS

Castillo RJL, Pinedo OJA, Sánchez ZC, Guevara TL. Hospital Central "Dr. IMP"; SLP, SLP

Introducción: Torsión omental, rara causa de abdomen agudo, usualmente semeja apendicitis aguda. Descritos aproximadamente 150 casos, casi todos con diagnóstico transquirúrgico, aunque existen hallazgos tomográficos característicos. Puede ser primaria, frecuente en pacientes obesos, o secundaria a patología intraabdominal (tumores, adherencias, hernias). Factores predisponentes: variación en distribución del tejido adiposo, venas más grandes y tortuosas que arterias. Factores precipitantes: daño omental (trauma local), desplazamiento omental (hiperperistalsis después de comida abundante), incremento de presión intraabdominal (tos, ejercicio intenso). Más frecuente del lado derecho. Sintomatología inespecífica: dolor abdominal constante de inicio súbito y corta duración, característica cardinal. Tratamiento quirúrgico: omentectomía parcial. Durante la parotomía debe sospecharse al encontrar una masa y/o fluido sero-hemático en ausencia de patología intraabdominal. No aconsejable desrotación manual. **Objetivo:** Informe de tres pacientes sometidos a laparotomía exploradora con diagnóstico prequirúrgico de apendicitis complicada. Hallazgos transoperatorios: torsión e isquemia de epiplón mayor. **Descripción:** Pacientes masculinos de 9.31 y 42 años, los dos primeros obesos; ingresan por dolor abdominal, intensidad progresiva, 3-4 días evolución, con náusea, vómito, hiporexia, FNRT. En el pediátrico: dolor localizado a FID, en los adultos: en hemiabdomen inferior inicialmente, después generalizado. Todos con rebote+; peristaltismo disminuido; maniobras apendiculares+; leucocitosis, bandemia; EGO normal; fiebre de 39.5° C en el pediátrico; Rx abdomen: borramiento de psoas derecho, niveles hidroaéreos en mesogastrio y FID en un paciente. Laparotomía exploradora con diagnós-

tico prequirúrgico: probable apendicitis aguda complicada. Hallazgos: torsión de epiplón mayor con necrosis; apéndice cecal normal. En el paciente de 42 años se encontró adherencia de epiplón a sigmoides; omentectomía parcial+apendicectomía incidental, evolución satisfactoria, egreso a los tres días en todos. **Discusión:** La torsión de epiplón es poco frecuente, de difícil diagnóstico preoperatorio (0.6-4.8%). Habitualmente en adultos, sin predominio de sexo, más común del lado derecho, con datos de irritación peritoneal, asociado a náusea, vómito, febrícula. Algunos reportes refieren masa palpable hasta en 50%. Sin embargo, esta semiología es característica de otras emergencias quirúrgicas (apendicitis, quiste ovario, divertículo de Meckel, piosalpinx), por lo que generalmente no se solicitan estudios imagenológicos de extensión. De nuestros pacientes, dos presentaron obesidad, otro una adherencia, ambos factores predisponentes.

TC-125

MANEJO LAPAROSCÓPICO EN ABSCESO HEPÁTICO ROTO

Sánchez ZC, Esmer SD, Ortiz CFG. Departamento de Cirugía General Hospital Central Dr. "IMP" San Luis Potosí

Antecedentes: El absceso hepático es la manifestación más frecuente de la amibiásis extraintestinal y en etapas avanzadas de la enfermedad evoluciona con ruptura hacia cavidad abdominal, pleural e incluso a pericardio. Entre las indicaciones para manejo quirúrgico está la falla al tratamiento farmacológico, abscesos de difícil acceso, drenaje percutáneo fallido, ruptura inminente a cavidad como el presente caso. **Objetivo:** Reporte de un caso. **Reporte del caso:** Masculino de 32 años, acude por presentar dolor torácico de 3 días de evolución, irradiado hacia hipocondrio y flanco derecho, fiebre y hematuria. EF palidez de tegumentos, mucosas ressecas, taquipneico, taquicárdico, diaforesis, hipoventilación basal de hemitórax derecho, dolor abdominal, peristalsis presente, rebote negativo. Laboratoriales con leucocitosis de 38,440/ml, linfocitos 4%, bandas 6%, Hb 14.7 mg/dl, albúmina 2.2 g/dl, Rx tórax con derrame pleural derecho, US absceso hepático único en segmento 7 de 1,450 cc, manejo farmacológico inicial con programación de drenaje percutáneo. El paciente pasa a drenaje laparoscópico, encontrándose absceso roto a cavidad abdominal y torácica con orificio diafragmático de 2 cm; se drena por completo absceso, se asea cavidad, se coloca Penrose hacia lecho hepático y se coloca tubo de pleurostomía en hemitórax derecho, el paciente evoluciona favorablemente y egresa a los 9 días. **Conclusión:** El manejo laparoscópico para el drenaje de abscesos rotos a cavidad, al igual que en otras entidades puede llegar a ser el manejo de elección, para lo cual se requiere la realización de estudios comparativos.

TC-126

STDB; EN LEIOMIOSARCOMA DE YEYUNO

Sánchez ZC, Álvarez FA, Andrade BJG. Departamento Cirugía General Hospital Central "Dr. IMP" San Luis Potosí

Antecedentes: Los tumores del intestino delgado ocupan el 1% de los tumores intestinales, 64% son malignos correspondiendo al 0.3% de los tumores malignos en México. Los sarcomas constituyen el 10% de estos tumores, 75% son leiomirosarcomas cuya localización más frecuente es ileón, seguida de yeyuno; la sintomatología es dolor o hemorragia intestinal en 60 a 70% de los casos y masa palpable en 50%. El protocolo de estudio incluye tránsito intestinal, TAC, endoscopia y cuantificación del Ácido-5-hidroxindolacético. El tratamiento es mixto con cirugía y quimioterapia. El pronóstico es 40% a cinco años. **Objetivo:** Reporte de un caso. **Reporte del caso:** Femenina 36 años enviada por STDB con choque hipovolémico, exploración física con masa abdominal en epigastrio y mesogastrio, la RSC, colonoscopia y el tránsito intestinal sin evidenciar lesión, la angiografía mesentérica muestra hipervascularidad en ángulo hepatocálico dependiente de cólica media, corroborando tumor dependiente de delgado mediante TAC doble contraste; se realiza LAPE encontrándose tumoración dependiente de yeyuno a 30 centímetros

Trabajos en Cartel

del Treitz, realizándose resección y anastomosis T-T de yeyuno, egrediendo 5 días después. Reporte histopatológico de leiomiosarcoma moderadamente diferenciado sin infiltración a serosa. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento con QT. **Conclusión:** El STDB no es la manifestación esperada en este tipo de tumores, ya que generalmente éstos suelen ser asintomáticos. El estudio integral de estos pacientes es importante en la toma de decisiones para el tratamiento, ya que el pronóstico puede variar.

TC-127

QUISTE MESENTÉRICO. INFORME DE UN CASO

Olivares HCA, Reyna RT, Guevara TL. Hospital Central "Dr. IMP"; SLP, SLP

Introducción: Quistes mesentéricos: tumores poco frecuentes, desde 1507 se han reportado alrededor de 900. La frecuencia varía 1:100,000-250,000 ingresos hospitalarios, 33% son pediátricos. Pueden presentar sintomatología inespecífica (obstrucción intestinal, dolor abdominal crónico difuso, masa no dolorosa), como hallazgo incidental o abdomen agudo. Dolor abdominal síntoma más común (> 50%); 40% descubierto incidentalmente. Localización: desde el mesenterio duodenal hasta el rectal, mayor frecuencia en el ileal. Son lisos y redondos, pared delgada y contenido seroso. Histológicamente se divide en quiste simple linfático y linfangiomas; mesoteliomas; quiste entérico; quiste dermoide y pseudoquiste. Más frecuente el linfangioma. Malignidad en < 3%. Los estudios diagnósticos incluyen ultrasonido, TAC y resonancia magnética. Serie esofagogastrroduodenal, colon por enema y pielografía intravenosa excluyen quistes o tumores gastrointestinales y/o genitourinarios. El tratamiento es la extirpación quirúrgica, requiriendo en ocasiones resección intestinal segmentaria. La mortalidad es 0-8% con resección del quiste y 13-15% con resección intestinal. **Objetivo:** Informe de caso. **Descripción:** Femenino 20 años sin antecedentes de importancia, dos meses con dolor abdominal en flanco derecho, cólico moderado a intenso, sin irradiaciones, náusea, distensión y constipación intestinal. EF: abdomen plano, peristaltismo normal, blando, tumoración en flanco derecho, dura, semimóvil, bien circunscrita, ligeramente dolorosa a la palpación. US abdominal: masa quística retroperitoneal en flanco derecho. TAC abdominal: tumoración quística bien limitada hacia hipocondrio y flanco derecho, de 97x86 mm. Laboratorio normal. Laparotomía exploradora: tumoración quística en mesocolon ascendente que compromete vasos mesentéricos. Hemicolectomía derecha con enterointero anastomosis término-terminal ileocolónica. **Conclusión:** Patología poco frecuente, de morbilidad baja y buen pronóstico, generalmente benigna. Representa un reto diagnóstico y debe tenerse en mente como diagnóstico diferencial de las masas abdominales. En este caso el diagnóstico fue preoperatorio.

TC-128

PANCREATECTOMÍA DISTAL POR TRAUMA. INFORME DE UN CASO

Vaca PE, Negrete AJC, Guevara TL. Hospital Central "Dr. IMP" SLP

Introducción: El trauma pancreático es poco frecuente, representa aproximadamente 10% de los traumatismos abdominales, 75% es por trauma penetrante. En más del 90% se encuentran lesiones acompañantes. La mayor mortalidad inmediata se debe a lesión vascular asociada (VCI, Aorta, VP). 50-70% en lesiones penetrantes y 12% cerradas. Se asocia frecuentemente a lesión de hígado, bazo, duodeno, e intestino delgado. La causa de muerte tardía es la infección y falla orgánica múltiple. En trauma cerrado es un desafío diagnóstico. La lesión pancreática única es rara. El lavado peritoneal diagnóstico no es para diagnosticar lesiones pancreáticas y la hiperamilasemia no es sensible ni específica. **Objetivo:** Informe de un caso y revisión de la literatura. **Caso clínico:** Mascarillo 26 años, HPPAF en 5 EII-LAA sin orificio de salida, ingresa en estado de choque con signos irritación peritoneal y hemoneumotorax izquierdo. Laparotomía exploradora: hemoperitoneo (250 ml),

lesión diafragmática II, lesión gástrica III, lesión hepática I lóbulo izquierdo, lesión renal izquierda II, lesión pancreática III con sección completa del Wirsung. Pancreatectomía distal+ligadura de Wirsung+esplenectomía+parche de epíplón+drenaje peripancreático. Se repara diafragma, estómago, riñón, tubo de pleurostomía izquierdo que drenó 750 ml. Buena evolución postoperatoria, egreso al séptimo día. **Conclusiones:** En contusiones o laceraciones que involucran páncreas distal y conducto principal, está indicada la resección distal con identificación+ligadura del Wirsung+drenaje peripancreático. El conocimiento de la anatomía y la sospecha de lesión pancreática más la exposición adecuada durante la laparotomía son esenciales para identificar la lesión, grado y manejo correspondiente, como en el presente caso, disminuyendo la alta morbilidad asociada a estos pacientes.

TC-130

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

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

Objetivo: Analizar la experiencia en el manejo de los pacientes operados de interposición de colon en el Hospital Regional de Especialidades No. 25 del Centro Médico Nacional del Noreste del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, Nuevo León. **Material y métodos:** Este es un estudio retrospectivo, observacional, en el cual se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes operados de interposición de colon en 5 años, periodo comprendido de enero de 1999 a diciembre del 2003. Se procesaron datos con medidas de tendencia central y porcentaje. **Resultados:** El grupo poblacional fue de 10 pacientes, de los cuales fueron 5 hombres (50%) y 5 mujeres (50%), con rango de edad de 26 a 50 años (media de 38 años). Todos los pacientes contaban con el diagnóstico de patología esofágica terminal, 6 presentaban el diagnóstico de estenosis esofágica por cáusticos, 1 por perforación iatrogénica durante dilatación por estenosis, 1 posterior a resección de tumor mediastinal y 1 posterior a resección de unión esofagogástrica por esófago de Barret por dehiscencia de esófago-gastro anastomosis. Los estudios auxiliares de diagnóstico fueron la serie esofago-gastrroduodenal y endoscopia además del colon por enema. Las complicaciones postoperatorias fueron 1 paciente por fuga de anastomosis esófago-colónica, siendo manejado de forma conservadora, 1 por estenosis de anastomosis esófago-colónica con manejo quirúrgico, 1 por hernia postincisional con manejo quirúrgico y 2 por sangrado postoperatorio siendo reintervenidos para hemostasia. La mortalidad fue de 3 pacientes por IRA, FOM y choque séptico. La estancia en UCI varió de 1 a 15 días con un promedio de 4 días, con una estancia hospitalaria de 14 a 45 días con un promedio de 20 días. El control por consulta externa fue del 100% y en 2 pacientes se encontró regurgitación como única alteración postquirúrgica, siendo ésta manejada con fármacos y medidas antirreflujo. **Conclusiones:** En nuestro Hospital la principal causa de reemplazo esofágico por colon es por estenosis esofágica secundaria a ingestión de cáusticos, demostrando que este tipo de cirugía se realiza con un bajo índice de morbilidad, con buenos resultados y una buena calidad de vida para el paciente.

TC-131

CONDROSARCOMA DE PARRILLA COSTAL (ALTERNATIVA PARA RECONSTRUCCIÓN ESTERNA)

Medina QV, Castro MJ, Rodríguez HN, Michel DJ, Olivares BJ, Camacho PC. Servicio de Oncocirugía, Hospital de Especialidades, CMNO IMSS. Guadalajara, Jal.

Los condrosarcomas son un conjunto de tumores que muestran un amplio abanico de rasgos clínicos y anatopatológicos, todos ellos

Trabajos en Cartel

tienen en común la formación de cartílago neoplásico. El caso a presentar se trata de un paciente masculino de 57 años de edad, el cual no presenta antecedentes patológicos de importancia, inicia desde hacia 5 años con crecimiento paulatino a nivel de esternón el cual relaciona con un golpe recibido a este nivel, sin embargo el crecimiento se torna cada vez más evidente, sin presentar dolor ni ninguna otra molestia, acude con facultativo quien lo refiere al servicio de Oncocirugía, se piensa en el diagnóstico de condrosarcoma programando al paciente para resección biopsia y se planea reconstrucción de esternón. Se realiza la intervención encontrando tumor dependiente de esternón de aproximadamente 7 x 11 cm, se realiza la resección esternal desarticulando ésta de ambas clavículas y primeros arcos costales, para la reconstrucción se unen ambas clavículas mediante alambre y se coloca malla de PTFE con cubierta de teflón fijando ésta a perióstio. Evolución satisfactoria sin desarrollo de neumotórax. Reporte Histopatológico condrosarcoma de bajo grado de malignidad.

TC-132

NEM IIA (TRATAMIENTO QUIRÚRGICO PARA EL FEOCROMOCITOMA)

Medina QV, Merino YVMD, Rodríguez HN, Michel DJ, Olivares BJ, Camacho PC. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades CMNO IMSS. Guadalajara, Jal.

El feocromocitoma es una neoplasia infrecuente de gran interés, porque a pesar de su rareza, se asocia con hipertensión inducida por catecolaminas que puede curar mediante la extirpación de la neoplasia. Cerca del 85% de estos tumores surgen en la médula suprarrenal. 2 al 10% de los feocromocitomas suprarrenales son malignos. Aunque el 90% aparecen en forma esporádica, cerca del 10% se producen en uno de los diversos síndromes familiares, en su mayor parte autosómico dominantes. El NEM IIA es uno de ellos, consiste en carcinoma medular de tiroides e hiperplasia de células C, feocromocitoma e hiperplasia medular suprarrenal, hiperplasia de paratiroides. Se expone el caso de femenino de 32 años de edad, con antecedente de hipertiroidismo manejada con yodo radiactivo y antitiroideos, padece de HAS desde los 22 años, manejada con múltiples antihipertensivos. La hipertensión es sostenida acompañada de ataques paroxísticos de cefalea. Comienza a estudiarse la causa de la HAS, una TAC abdominal revela tumor suprarrenal izquierdo y laboratorialmente se encuentra elevación de metanefrinas y ac. vanilmandélico en orina. Se somete a cirugía por el servicio de cirugía endocrina encontrando como hallazgos tumor adrenal izquierdo macroscópicamente de 8 x 10 cm sin evidencia de lesiones metastásicas ni de ganglios regionales. Estudio histopatológico revela feocromocitoma de 18 cm sin evidencia de malignidad. En su manejo postoperatorio ya sin necesidad de antihipertensivos. Es conjuntamente manejada por el servicio de endocrinología quien detecta calcitonina y gastrina elevada, actualmente en estudio para complementar el Dx de NEM IIA.

TC-133

AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR. REPORTE DE UN CASO OPERADO

Salinas VJC, Benavides GEA, Herrera MZ, Morales TM, Sifuentes BJH. Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León. México

Se trata de femenino de 51 años de edad, sin antecedentes quirúrgicos ni patológicos de importancia, sólo refiere cuadro de dolor epigástrico crónico ocasional, tratado con analgésicos. Refiere cuadro de 3 meses con dolor en hipocondrio derecho y sensación de plenitud, de forma persistente el cual fue aumentando en frecuencia. Niega síndrome icterico. Es enviada por médico familiar a la consulta externa de Cirugía General con diagnóstico de colecistolitiasis con reporte de ECO privado comentando presencia de vesícula biliar de 4.2 x 2 cm con imágenes de calcificaciones en su interior de 0.3 x 0.4 cm, vías biliares intra y extrahepáticas normales, con diagnóstico

co por ECO de colecistolitiasis. Presenta exámenes de laboratorio los cuales reportan Hb 14, leucocitos de 7,000, bilirrubina total de 0.8 y bilirrubina directa de 0.1, amilasa de 95 y resto de estudios normales. Se realiza laparoscopia electiva en la cual se muestra ausencia congénita de vesícula biliar por lo que se concluye exploración quirúrgica. La paciente se egresa y se realiza TAC y posteriormente CPRE donde se corrobora agenesia de vesícula biliar. Han sido reportados en la literatura mundial muy pocos casos de agenesia de vesícula biliar bien documentados, dado que es una variante muy rara. Sabemos que es muy importante el cuadro clínico de un paciente sospechoso de colecistolitiasis, pero como en este caso cuando un ECO nos reporta presencia de vesícula biliar con litos es muy probable que nos apoyemos en el mismo para la programación de una colecistectomía. Se ha reportado en la literatura que ocasionalmente un radiólogo con poca experiencia puede confundir el ligamento con la vesícula biliar ante la ausencia de ésta.

TC-134

SÍNDROME DE POLIPOSIS MIXTA HEREDITARIA. REPORTE DE UN CASO

Rocha RJL, Villanueva SE, Martínez HMP, Sierra ME, Soto QR, Pérez AJ. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. Servicio de Cirugía de Colon y Recto. México, D.F.

Objetivo: Reporte de un caso de síndrome de poliposis mixta hereditaria conteniendo pólipos juveniles hamartomatosos, adenomas, hiperplásicos e inflamatorios y pólipos mixtos (pólipo juvenil con adenoma, pólipo hiperplásico con adenoma y pólipo hiperplásico, inflamatorio y adenomatoso). **Introducción:** Tradicionalmente se ha reportado que los síndromes de poliposis colónica están constituidos por un solo tipo histológico de pólipos, bien sean adenomas o hamartomas. Sin embargo, en la última década se ha reportado un síndrome de poliposis mixta con una mezcla de diferentes tipos histológicos de pólipos: adenomas, hiperplásicos e inflamatorios y pólipos mixtos (pólipo juvenil con cambios adenomatosos e hiperplásicos), en un mismo paciente, lo que apoya la hipótesis de la existencia en el colon de una secuencia de mucosa hiperproliferativa a adenocarcinoma a través de lesiones mixtas, hiperplásicos, juveniles y adenomatosas. **Reporte de un caso:** Masculino de 38 años de edad con antecedentes de una hermana que a los 28 años de edad padeció pólipos y cáncer gástrico. Cuadro clínico de un año de evolución caracterizado por alteración en el hábito de la defecación con aumento en el número de las evacuaciones a 5 veces al día y disminución en la consistencia de las mismas, acompañados ocasionalmente de dolor abdominal tipo cólico, sin datos de hemorragia digestiva. De seis meses a la fecha refiere ataque al estado general, astenia, adinamia y pérdida ponderal de 13 kilogramos. En la exploración física se encontró delgado con palidez de tegumentos, abdomen sin datos relevantes. Sus exámenes de laboratorio fueron normales a excepción del descenso de hemoglobina a 9.7 gr/dl. Videocolonoscopia encontró múltiples pólipos distribuidos en todo el colon de predominio rectal y ceco-ascendente, sésiles y pediculados de 2-3 mm hasta 2 cm de diámetro, algunos de superficie irregular; el estudio histopatológico reportó pólipo mixto: hiperplásico-adenomatoso, pólipo mixto: adenoma tubular-hiperplásico e inflamatorio, pólipo mixto: juvenil-adenomatoso con displasia de alto grado. La panendoscopia reportó un pólipo pediculado en el esófago, en el estómago y duodeno con múltiples formaciones polipoideas de diversos tamaños menores de un centímetro dando un aspecto nodular. El reporte histopatológico fue de pólipos hiperplásicos. El tránsito intestinal fue normal. Se realizó proctocoliectomía restaurativa con reservorio íleo-anal en "J" sin complicaciones.

Comentario: El síndrome de poliposis mixta hereditario se transmite con carácter autosómico dominante, con varias alteraciones genéticas que tienen heterogeneidad fenotípica, responsables de la variedad histológica de los pólipos que se presentan en este síndrome así como de su potencial maligno.

TC-135

FRYKMAN GOLDBERG. EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, COLON Y RECTO

Trabajos en Cartel

Rojas IM, Villanueva SE, Martínez HMP, Peña RJP, Parrado MJ, Sierra ME. Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. Servicio de Cirugía, Colon y Recto. México D.F.

Moschowitz propuso que el prolusión rectal era una hernia deslizante de la pared anterior del recto a través de un defecto de la fascia pélvica. En la actualidad se conocen otros factores asociados como son: fondo de saco de Douglas profundo, diastasis de los elevadores del ano, colon sigmoides redundante, esfínter anal patológico, pérdida de la fijación posterior del recto. En 1969, Frykman y Goldberg publicaron su técnica que era exactamente igual a la fase abdominal de la Operación de Miles excepto porque se preservaba el riego sanguíneo del recto y conservaban los ligamentos laterales del recto sin movilizar el ángulo esplénico, resecando el sigmoides redundante, se realiza colorrectoanastomosis y sutura de los ligamentos laterales al periostio del sacro con material no absorbible. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de los pacientes operados de prolusión rectal de enero de 1995 a diciembre del 2003 en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. **Resultados:** Fueron 49 pacientes con diagnóstico de prolusión rectal de los cuales, 12 pacientes (24.48%) se les realizó procedimiento de Frykman Goldberg; 11 fueron mujeres y 1 hombre, la edad promedio fue de 52.33 años (19-75), el tiempo quirúrgico promedio de 201.4 minutos (2H-5H), el sangrado promedio de 320 CC (150-700). Se realizó técnica de doble engrapado 9 pctes (Circular 31: 5 pctes; circular 33: 3 pctes, circular 34: 1 pte) y manual en 3 pacientes, sólo hubo recidiva en 1 paciente. **Discusión:** Existen muchas técnicas para el tratamiento del prolusión rectal sea por vía abdominal (Ripstein, Wells, Nigro), perineal (Altemeier, Delorme, Thiersch). En nuestro servicio en los pacientes que tienen contraindicación para la cirugía abdominal les realizamos sutura helicoidal como alternativa quirúrgica. **Conclusiones:** Consideramos que es un método seguro y fisiológico en el tratamiento del prolusión rectal, quizás la casuística es baja para dejar ideas claras y concluyentes, pero los resultados observados son alentadores.

TC-136

HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO BAJO INDUCIDA POR ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS. REPORTE DE UN CASO

Soto QR, Villanueva SE, Rocha RJL, Sierra ME, Pérez AJ

Introducción: Está bien documentado que la ingesta crónica de drogas anti-inflamatorias no esteroideas (AINES) producen daño de la mucosa gástrica y duodenal, sin embargo, recientemente se han reportado casos de afectación colónica. Los AINES producen cambios inflamatorios de la mucosa gastrointestinal ya que disminuyen la síntesis de prostaglandinas en la mucosa comprometiendo su integridad, haciéndola susceptible a las toxinas y bacterias luminales, produciendo inflamación que puede conducir a la ulceración, perforación y muerte. **Reporte de un caso:** Femenina de 66 años de edad, con antecedentes de artritis reumatoide de 18 años de evolución controlada los dos primeros años con sulindaco grageas dos veces al día y posteriormente con diclofenaco sódico grageas 100 mg dos veces al día hasta la actualidad, los últimos seis meses se agrega azatioprina y metotrexate. Tres años previos se le realiza panendoscopia por enfermedad acidopéptica con reporte de gastritis erosiva crónica. Hace un año presenta hemorragia de tubo digestivo bajo manifestado por evacuaciones melénicas en una sola ocasión, sin recibir ninguna atención médica. Ingresa al hospital con cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por evacuaciones hematofílicas tres veces al día sin coágulos, y sin dolor abdominal. Al tercer día presenta signos de repercusión hemodinámica, con mareos, náusea, palidez de tegumentos y taquicardia, con Hb de 10 g/dl, en urgencias se realiza panendoscopia con reporte de gastropatía crónica sin evidencia de sangrado activo. Por lo que se realiza colonoscopia con hallazgos de: presencia de restos sanguíneos en el ciego así como de dos grandes ulceraciones superficiales, irregulares cubiertas de fibrina con bordes eritematosos, localizadas en la unión cecoascendente de aproximadamente 2 y 3 cm de longitud por 1.5 cm de ancho, de la cual se toman tres biopsias, se canuló el

ileón terminal no encontrando alteraciones ni evidencia de sangrado. La paciente se estabiliza, se suspende la ingesta de AINES. El reporte histopatológico de las biopsias es: Inflamación crónica inespecífica con fibrosis de la submucosa. Seis meses después la paciente no ha vuelto ha presentar hemorragia. **Comentario:** El uso crónico de AINES debe ser considerado en la etiología de la hemorragia de tubo digestivo bajo, ya que está bien documentado el daño a la mucosa colónica en forma de ulceraciones o estenosis diafragmáticas más frecuentes en el colon derecho.

TC-137

ESPLENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES INFECTADOS CON HIV ASOCIADOS CON ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA

Alonso AV, Olmos G, Vela S, Montero O, Balague C, Targarona EM, Garriga J, Trias M. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital de La Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. España

Antecedentes: El síndrome de inmunodeficiencia adquirida ha sido asociado con alteraciones hematológicas. La púrpura trombocitopénica inmune (PTI), ha sido la más frecuentemente observada en estos pacientes con un alto porcentaje de resultados exitosos después de la esplenectomía. **Objetivo:** Evaluar los resultados de la esplenectomía laparoscópica en 11 pacientes con HIV asociado a alteraciones hematológicas. **Material y métodos:** De febrero de 1993 a diciembre del 2003, se realizaron 260 esplenectomías laparoscópicas en dos unidades quirúrgicas. Once pacientes de esta serie fueron diagnosticados con infección del HIV, los resultados perioperáticos (tiempo quirúrgico, conversión, morbilidad y estancia hospitalaria) así como el seguimiento postoperatorio fueron analizados. El seguimiento a largo plazo fue realizado a través de notas clínicas, análisis clínicos, visitas con el hematólogo y entrevista telefónica. **Resultados:** La esplenectomía laparoscópica fue realizada en 11 pacientes con HIV (8 hombres y 3 mujeres) con un promedio de edad de 37.3 (30-53) años. Dependiendo de la enfermedad hematológica fueron divididos en dos grupos: Grupo I – PTI: Este grupo engloba a los pacientes con púrpura trombocitopénica inmune (PTI): 8 pacientes (6 hombres y 2 mujeres) con un promedio de edad de 38.1 (31-53) años, y un promedio preoperatorio de plaquetas de 20.125/mm³ (6.000-36.000). La esplenomegalia se encontró en dos pacientes y en otros dos casos se diagnosticó cirrosis hepática en el transoperatorio. El promedio del tiempo quirúrgico fue de 181.87 (90-240) minutos, en un paciente se realizó conversión (12%), debido a dificultad en la disección. La morbilidad fue del 25% (1 paciente presentó fiebre debido a la reactivación de tuberculosis y otro paciente presentó hemoperitoneo requiriendo reoperación). La estancia hospitalaria fue de 4.5 (2-9) días, el promedio del peso del bazo fue 367.7 gr. (146-680). Un promedio de seguimiento de 4 años ha sido posible en 87% de los casos (7 pacientes) con una respuesta completa (rango plaquetario > 150.000) en 6 pacientes y una respuesta parcial (rango plaquetario > 50.000) en 1 caso. Un paciente murió durante el seguimiento por falla hepática. Grupo II - Sospecha de neoplasia: Con esta sospecha fueron realizadas 3 esplenectomías laparoscópicas (2 hombres y 1 mujer) con un promedio de edad de 35.3 (30-41) años. Los 3 pacientes tenían esplenomegalia, con un peso promedio del bazo de 854 gr. El diagnóstico histológico fue: enfermedad de Hodgkin, infarto esplénico y múltiples abscesos esplénicos. No hubo morbi-mortalidad en este grupo y el promedio de estancia hospitalaria fue de 5 días. Después del seguimiento de 6.5 meses no ha habido mortalidad. **Conclusión:** En pacientes con HIV asociada a enfermedad hematológica que requieren esplenectomía, la esplenectomía laparoscópica ofrece óptimos resultados a corto y largo plazo.

TC-138

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA INTUSUSCEPCIÓN DEL INTESTINO DELGADO

Avilez VA, Olmos G, Targarona SE, Trias FM. Servicio De Cirugía General. Hospital de Sant Pau, Barcelona. España

Introducción: Intususcepción o invaginación son términos que se utilizan para describir la introducción en forma telescopica espontánea de una porción del intestino en otra asa intestinal. Mientras que esta afección es relativamente frecuente en niños, en el adulto se presenta únicamente en un 1-5% de los casos. El tratamiento habitual es quirúrgico, y el abordaje laparoscópico reúne la posibilidad de confirmar el diagnóstico y a la vez es una opción terapéutica, al poder realizar la resección intestinal de forma mínimamente invasiva (1). Hasta en el 90% de los casos dentro de la invaginación se encuentra una lesión orgánica (5). **Objetivo:** Se presentan 2 casos de intususcepción en adultos tratados de forma satisfactoria por vía laparoscópica. **Informe de casos:** Caso 1: varón de 51 años que ingresa por presentar melenas, en el que la enteroscopia evidencia un tumor ulcerado en el yeyuno. Se interviene por laparoscopia, observando el intestino delgado invaginado en la zona del tumor, efectuando una resección intestinal de 25 cm de longitud, reconstruyendo la continuidad mediante anastomosis mecánica lateroralteral intraabdominal. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria y el paciente fue dado de alta en el cuarto día postoperatorio. El diagnóstico histopatológico es de tumor del estroma gastrointestinal con bajo riesgo de malignidad. Caso 2: mujer de 72 años, que ingresa por suboclusión intestinal. Mediante tomografía axial computarizada se evidencia una masa pélvica en relación con un asa ileal que producía estenosis de la luz y dilatación de las asas intestinales, compatible con invaginación de la masa en un asa ileal. Se efectúa la resección del tumor ileal invaginado por laparoscopia, la anastomosis término-terminal mecánica, se realizó totalmente intraabdominal. Con evolución postoperatoria favorable y alta a los 7 días. El estudio histopatológico informó de tumor mesenquimal de bajo grado con límites libres de tumor. **Conclusión:** El abordaje laparoscópico puede ser de utilidad con la finalidad diagnóstica o terapéutica en la intususcepción del adulto. Un punto de discusión en las resecciones intestinales por laparoscopia, en casos de neoplasia maligna, corresponde a las dudas relacionadas con los orificios de los trócares, así como la necesidad de llevar a cabo una pequeña laparotomía para extraer la pieza quirúrgica, aunque estos aspectos dependen predominantemente del equipo quirúrgico. Por otra parte, dependen del estricto cumplimiento de una serie de medidas para evitar la diseminación: no realizar la manipulación tumoral directa, extracción de la pieza quirúrgica en el interior de una bolsa resistente y utilización de sustancias citocidas para el lavado peritoneal, como la povidona yodada.

TC-139

ADENOMA FOLICULAR: TIROIDES INTRATORÁCICO

Gómez-Rangel M, Soto-Dávalos B, Herrera H, Luna-Martínez J, Molina D. Departamento de Cirugía Cardioráctica y Cirugía General. Hospital Central Sur de Alta Especialidad. Petróleos Mexicanos. México, D.F.

Femenino 67 años, antecedente de infarto isquémico cerebral, insuficiencia carotídea con oclusión arterial carotídea del 50%; resección de tumor de cuello a los 3 años de edad, desconociendo etiología. **Padecimiento actual:** Disnea de grandes a medianos esfuerzos, 1 año evolución, ortopnea, disnea paroxística nocturna y aumento de peso de 10 kg. **Exploración física:** Acrocianosis, red venosa colateral en cuello, tórax con protusión esternal, ruidos respiratorios disminuidos de intensidad. RX Tórax: tumoreación mediastínica con desviación de la tráquea a la derecha, TAC Tórax: tumoreación mediastino anterosuperior 101 mm 74.69 mm, heterogénea, quística, sólida y lobulada con densidades entre -4 a 186 UH. Comprime corazón y vasos aórticos y supraaórticos. Laboratorios: Bh, Qs, PFH normales. TSH: 3.71, T₃: 3.25, T₄: 0.86. Gasometría: PH: 7.4, PCO₂: 34.2, PO₂: 51.6, hipoxemia severa. **Comentario:** Se opera por esternotomía longitudinal media, resección completa de la tumoreación, que comprime a la vena innominada, aorta y desplaza tráquea, líquido claro en su interior, resultado histopatológico definitivo: Adenoma folicular en tiroides intratorácico, timo con atrofia. **Conclusión:** En mediastino anterior el timoma corresponde 20% de los tumores, en segundo lugar teratomas y tumores de células germinales 10%,

las otras 2 causas de masas mediastínicas corresponden a tiroides subesternal y linfomas. Su tratamiento es la resección en todos los casos ya que pueden llegar a crecer y ocasionar compresión vascular. Se trata de un tumor de tiroides raro, que ocasiona síndrome de vena cava superior, la indicación quirúrgica es resección completa de la lesión por compresión vascular.

TC-140

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ASCARIASIS: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN

Villalón LJS, Sosa G. DEA. Hospital Rural de Paracho IMSS Solidaridad

Introducción: 33% de la población en México tiene ascaridiasis y 5% sufre la forma masiva. La mayoría de las complicaciones aparece entre los 5 y 10 años. Los síntomas más frecuentes son palidez, meteorismo, dolor abdominal y fiebre. La obstrucción intestinal ocurre cuando son más de 100 a 200 lombrices, aquí los signos son de irritación peritoneal y choque, se requiere resucitación y cirugía de urgencia. **Descripción del caso:** Mujer de 8 años. APP. bronquitis asmática crónica tratada con prednisolona. PA. 2 meses, cólico mesogástrico mejora con antiespasmódicos, dolor abdominal de 7 hrs de evolución, se aplicó butilhioscina y metamizol sin mejoría, hace 10 hrs una evacuación pastosa y expulsión de 2 Ascaris, vómito en 5 ocasiones. EF. 19 kg, fascies álgida, deshidratada++, pálida++; hiperestesia, hiperbaralgésia, abdomen en madera, peristalsis abolida, psoas, obturador y Rovsing no valorables. Laboratorio. Hb.: 13.2, leucocitos 14,000, eosinófilos 8%; EGO: pH: 5.6 leucos x campo, bacterias +++, cel. epiteliales +. Se somete a laparotomía, con hallazgos de ascaridiasis intestinal masiva isquemia de íleon terminal, sin perforación, se realiza resección intestinal y anastomosis, se "ordena" desde ángulo de Treitz hasta válvula ileocecal, colon sin alteraciones. Evolución favorable, inicia dieta al tercer día y egresa al 6to día. **Conclusiones:** La ascaridiasis es una infestación prevalente en el medio rural, el tratamiento inicial debe ser conservador; los síntomas de oclusión intestinal e irritación peritoneal sugieren complicaciones de resolución quirúrgica.

TC-141

LIPOMA GIGANTE DE COLON COMPLICADO CON INTUSUSCEPCIÓN: REPORTE DE UN CASO

Velásquez QR, Cañedo RMA, Gómez GJ, Martínez AR, Barajas LG, Camacho GS. Hospital Bernardette, Guadalajara, Jalisco

El lipoma colónico es una neoplasia benigna rara así como la intususcepción, por lo que presentamos un caso. Es el segundo tumor benigno más común en el colon, su baja incidencia (0.03 a 0.83%), en series clínicas y en series de autopsia alcanza hasta el 5.8%. la intususcepción es el 1% de todos los casos de obstrucción intestinal en el adulto. El colon derecho es su principal localización (ciego) 70% y es más frecuente en las mujeres, habitualmente únicos pero pueden ser múltiples por su tamaño, se pudo decir que son: pequeños los de < 2 cm y son asintomáticos lográndose remover endoscópicamente aunque su dificultad hace que hasta un 43% puedan perforarse. Medianos entre 2-4 cm pudiendo generar síntomas, y los grandes > 4 cm con síntomas en un 75% como dolor abdominal, obstrucción subaguda intermitente, cambios en los hábitos intestinales, sangrado rectal, obstrucción e intususcepción. La intususcepción es causada por un proceso intraluminal, mural o extraluminal, el mecanismo más fácilmente entendible es cuando una masa intraluminal es jalada por la peristasis y arrastra la pared de un segmento de intestino a donde está fijada la tumoración, el 69% son de este origen, la mayoría ocurren en dirección de la peristalsis normal, pueden ser colocolica o sigmoidorrectal, la edad promedio de presentación es los 50 años, y ligeramente más frecuente en el hombre. El diagnóstico de intususcepción preoperatorio correcto sólo es hecho en un 32-50% de los casos. Los métodos diagnósticos empleados son placa simple de abdomen, colon por enema (defecto de llenado ovoide, con bordes bien definidos, signo del apretón, los lipomas se

Trabajos en Cartel

pueden confundir con tumores malignos, sólo se logra el Dx por este medio en un 20%), colonoscopia (lesión submucosa, al presionar con una pinza se regresa conociéndose como signo de la almohada o cojín), TAC masa bien circunscrita intraluminal con baja atenuación similar a tejido blando, ultrasonido endoscópico masa homogénea hiperecoica. El tratamiento en lipomas pequeños puede ser la resección endoscópica, en ocasiones no es posible por el tamaño de la base y se puede acompañar de morbilidad por perforación debido a que el tejido graso no conduce bien la electricidad. Tamura recomendó que los lipomas mayores de 20 mm deben ser resecados quirúrgicamente.

TC-142

HERNIA DE RICHTER. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Robles SS, Ramírez CG, De la Peña MS, Lijo NA. Hospital General de Tacuba ISSSTE, México, D.F.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Introducción:** La hernia de Richter se define como una hernia de la pared abdominal en la cual sólo una parte de la circunferencia de la pared intestinal (antimesentérico), está atrapada o estrangulada en el orificio herniario. La hernia de Richter es un padecimiento poco frecuente, de 1950 a la fecha sólo se han reportado 128 casos en la literatura mundial, tiene una mayor frecuencia de presentación entre la sexta y séptima décadas de la vida. **Caso clínico:** Paciente masculino de 62 años de edad diabético y cirrótico, acude al servicio de urgencias con TA 110/70, FC 84 x', FR 20 x', T 37.4°, por presentar dolor abdominal tipo cólico intenso, en hernia umbilical encarcelada, con datos de oclusión intestinal. Se realiza tratamiento quirúrgico encontrando hernia umbilical conteniendo borde antimesentérico de yeyuno, se libera, recuperando viabilidad, se procede a realización de plastía umbilical con colocación de malla y cierre por planos. Evolución satisfactoria. **Conclusiones:** El 90% de estas hernias son asociadas a defectos femorales, es más frecuente en mujeres (3:1), pero sólo el 0.7% de las hernias femorales se presentan como hernia de Richter. Se manifiesta con datos de oclusión intestinal cuando se atrapan 2/3 partes de la circunferencia intestinal, cuando ésta es menor sólo se presenta oclusión parcial. El tratamiento depende de la viabilidad de la porción intestinal afectada. Las complicaciones pueden ser necrosis y perforación de la pared con sepsis abdominal e llegar a desarrollar fistulas fecales.

TC-143

FÍSTULA COLECISTOCOLÓNICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Tenorio TJA, Dela Peña MS, Ramírez CG, Arreola VB, García G, Calvillo G, Almaraz GD, Saavedra BD, Lijo NA. Departamento de Cirugía General Hospital General Tacuba ISSSTE, Tacuba. México D.F.

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Introducción:** Las continuidad de la vesícula biliar con otras vísceras huecas, no es rara, considerándose el resultado de la presión e inflamación crónica de grandes cálculos. La propia fistula puede ser asintomática y quizás el paciente se atienda a causa de las consecuencias mecánicas de los cálculos desplazados. Las fistulas de colon deben resecarse por completo con reparación colónica. **Caso clínico:** Femenino de 45 años, con antecedente de HAS, controlada con captoperil. Presenta dolor en hipocondrio derecho, de un año de evolución tipo cólico desencadenado por colecistocinéticos, manejado médicaamente. Exploración física TA 110/70, FC 82x', FR 20x', Temp 36.6° C, sin compromiso cardiorrespiratorio, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, sin datos de irritación peritoneal, Murphy negativo sin plastrones palpables. Peristalsis presente. Lab: hb de 13.2 g%. leucos de 6,800/mm³, glucosa 96, fosfatasa alcalina 90, INR 1.07, BT: 0.6, TGO 19 USG: Colelitiasis durante colecistectomía laparoscópica, se encuentra plastrón colecistocolónico, se convierte procedimiento y se realiza colecistectomía, colostomía y fistula mucosa. Patología: Vesícula erosiva perforada. Evolución satisfactoria, reconexión a los 3 meses con adecuada calidad

de vida. **Conclusión:** La evolución clínica de la paciente fue poco característica de las fistulas colecistocolónicas, únicamente se manifestó con cuadros repetitivos de colecistitis agudizada, nunca hubo evidencia de colangitis o abscesos. El diagnóstico se establece como hallazgo transoperatorio. El retraso en el diagnóstico de estas fistulas, origina una morbimortalidad elevada. El tratamiento incluye el desmantelamiento y desfuncionalización de la fistula.

TC-144

HEMANGIOMA HEPÁTICO: PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DEL MANEJO QUIRÚRGICO

Martínez RJA, Alvarado R. Servicio de Oncología Quirúrgica del Hospital Regional de Especialidades No. 25 del IMSS, Monterrey, Nuevo León

El hemangioma cavernoso del hígado es la lesión hepática benigna más común, que aparece más frecuentemente en las mujeres. La mayoría son asintomáticos o son hallazgos radiológicos. La presentación clínica es con dolor, obstrucción biliar, síndrome Kasabach-Merritt o ruptura espontánea. Los estudios de imagen son necesarios para una evaluación preoperatoria adecuada. Las tres indicaciones principales para su manejo quirúrgico son: síntomas severos, certeza diagnóstica y ruptura. **Presentación de caso:** Se trata de paciente masculino de 53 años de edad sin antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia que inicia su padecimiento 6 meses previos a su evaluación en nuestro departamento con dolor en hipocondrio derecho y región posterior de hemitórax derecho, náusea, plenitud postprandial y restricción para la inspiración profunda. Se realiza ultrasonido y TAC de abdomen que reporta lesión que ocupa todo el lóbulo derecho por lo que es sometido a laparoscopia diagnóstica y remitido al tercer nivel para su manejo, en donde se realiza hepatectomía derecha encontrándose que la lesión ocupa los segmentos hepáticos V, VI, VII y VIII sin involucrar el porta hepatis. Postoperatorio inmediato sin complicaciones. Presenta a los veinte días del procedimiento absceso residual de 200 cc que se resuelve quirúrgicamente con evolución satisfactoria. Actualmente con mejoría sintomática y adecuada reserva funcional hepática. El manejo quirúrgico del hemangioma hepático clínicamente significativo, es el estándar de oro de los métodos de tratamiento ya sea con resecciones anatómicas o no anatómicas, éstas pueden practicarse con seguridad en centros especializados de referencia. El control de los síntomas se aproxima al 90%. Los índices de mortalidad son hasta del 4%.

TC-145

INTUSUSCEPCIÓN EN ADULTOS

Alarcón-Jarsún GA, Martínez-Ordaz JL, De la Fuente-Lira M, Blanco BR. Departamento de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI. Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F.

Objetivo: Reportar tres casos de intususcepción intestinal en pacientes adultos. **Antecedentes:** La intususcepción intestinal en adultos es una enfermedad muy rara y cuya etiología varía mucho con respecto a los pacientes pediátricos. Aproximadamente el 90% de los casos son en niños y son idiopáticos. Mientras que en los pacientes adultos es muy frecuente que se encuentre una causa desencadenante. **Pacientes y métodos:** Tres pacientes adultos con intususcepción intestinal cuya presentación fue como oclusión intestinal y que ameritaron la realización de resección intestinal para resolución del cuadro. En dos de los casos el diagnóstico fue hecho en el preoperatorio con base en los resultados de los estudios de imagen realizados, principalmente la tomografía. En cada uno de los casos se encontró un pólipos como factor desencadenante. Uno correspondió a un pólipos hamartomatoso en un paciente con síndrome de Peutz Jeghers, otro fue un lipoma submucoso, y el tercero caso se trató de un pólipos metastásico de un adenocarcinoma. **Conclusión:** La intususcepción en adultos generalmente tiene una causa. La forma de presentación más frecuente es oclusión intestinal ya que es una causa

muy rara de ésta, aproximadamente el 1% de todos los casos de oclusión intestinal, el diagnóstico preoperatorio es raro. Debido a que la mitad de los casos en adultos es ocasionado por patología maligna, la resección sin reducción es el tratamiento más recomendado.

TC-146

INTUSUSCEPCIÓN RETRÓGRADA POSTERIOR A GASTROYEYU-NOANASTOMOSIS

Martínez OJL, Sesman BA, Ríos NMA, Monter CGA, Blanco BR. Servicio de Gastrocirugía e Imagenología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivo: Reportar un caso de intususcepción retrógrada yeyunogástrica en una paciente después de cirugía gástrica que requirió tratamiento quirúrgico para su resolución. **Antecedentes:** La intususcepción es una patología que afecta más frecuentemente a los niños. Se reporta aproximadamente 5% de los casos en adultos, y en la mayor parte de estos pacientes hay una causa que origina la intususcepción. La intususcepción yeyunogástrica retrógrada es una complicación rara posterior a la realización de gastroyeunoanastomosis. Se presenta con dolor abdominal, náusea y vómito así como datos de hemorragia gastrointestinal. El diagnóstico preoperatorio es difícil y se basa en la sospecha clínica y estudios de imagen. **Paciente:** Una paciente con intususcepción retrógrada posterior a cirugía gástrica con dolor abdominal tipo cólico, acompañado de náusea y vómito así como datos de hemorragia de tubo digestivo. **Método:** A la paciente se le realizó reducción quirúrgica de la intususcepción. No había compromiso del asa por lo que no fue necesario realizar resección intestinal. Para evitar recidiva se realizó plicatura intestinal. **Resultados:** La evolución postoperatoria fue satisfactoria. **Conclusión:** El tratamiento de la intususcepción en los adultos es quirúrgico ya que el 90% tienen una causa aparente. La intususcepción retrógrada yeyunogástrica es tratada quirúrgicamente y la reducción simple es el procedimiento de elección en la mayoría de los pacientes.

TC-147

TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA POSTERIOR A ESPLENECTOMÍA

Batalla CAM, Martínez-Ordaz JL, Blanco BR. Departamento de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

Objetivo: Reportar el caso de una paciente con trombosis venosa mesentérica posterior a esplenectomía por enfermedad hematológica. **Introducción:** La trombosis venosa mesentérica aguda representa aproximadamente el 10% de todos los casos de isquemia mesentérica aguda. En poco más de la mitad de los pacientes hay una causa que origina la trombosis entre las cuales se encuentran: ingesta de hormonales, orales, neoplasias, enfermedades hematológicas, cirugías abdominales entre otros. **Paciente:** Una paciente con anemia hemolítica autoinmune que fue sometida a esplenectomía 8 meses antes de su padecimiento. Comenzó con dolor abdominal cólico generalizado, náusea y vómito. La tomografía computada de abdomen demostró la presencia de un trombo a nivel de la vena mesentérica superior así como un engrosamiento importante de ileón. Se realizó laparotomía con resección intestinal y anastomosis primaria por trombosis venosa de 1 metro de intestino delgado. El reporte de patología reportó trombosis venosa así como vasculitis leucocitoclástica. **Conclusiones:** En poco más de la mitad de los casos de trombosis venosa mesentérica hay una causa que la origina. Sin embargo, debido a que la sintomatología es muy vaga y que puede ser crónica, el diagnóstico preoperatorio es raro. El manejo varía desde anticoagulación formal solamente hasta la realización de laparotomía exploradora con resección intestinal. El paciente debe continuar anticoagulado de manera formal y debe ser estudiado para identificar alguna causa que haya originado el evento. En nuestro caso la paciente presenta una enfermedad hematológica así como la realización de esplenectomía.

TC-148

HERNIA ILEOAPENDICULAR CON APENDICITIS FASE IV. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Portugal FC, Trejo FGW, Villena TF. Medicina Especializada HIGIA. Netzahualcóyotl, Estado de México

Introducción: Una hernia se define como la protracción de un órgano a través de una abertura de la pared de la cavidad que la contiene, las hernias de la pared abdominal sólo ocurren en áreas en que la aponeurosis y la fascia están desprovistas del apoyo protector del músculo estriado. En consecuencia cabe predecir que los sitios más comunes de herniación son la ingle, el ombligo, la línea blanca el diafragma e incisiones quirúrgicas. Algunos pacientes presentan hernias pero no están conscientes hasta que se hacen notar, la historia natural de todas las hernias es crecimiento lento hasta que alcanzan la irreductibilidad y desfiguración con riesgo de estrangulación. La hernia íleo apendicular produce una fosa limitada por delante por el repliegue íleo apendicular de la arteria recurrente apendicular y por detrás por el mesoapéndice. El intestino delgado herniado desaparece detrás de este repliegue y remonta detrás del ciego o de la última asa ileal. Tras la reducción se asocia a una apendicitomía a la obliteración del orificio. **Objetivo:** Describir el caso de una hernia ileoapendicular. **Informe de caso:** Paciente femenino de 89 años de edad que acude por presentar caída de su propia altura presentando contusión en región occipital sin pérdida del estado de alerta ni alteraciones neurológicas posterior al traumatismo. Se realiza exploración física encontrando paciente con Glasgow 15, hematoma occipital sin alteración neurológica, tórax sin compromiso, abdomen blando depresible con asa intestinales distendidas sin peristalsis no doloroso a la palpación media ni profunda, puntos apendiculares negativos, tumoración no reductible, hiperémica no dolorosa en región inguinal derecha sin datos de irritación peritoneal. Se inicia manejo médico en sala de urgencias y se procede a explorar al paciente quirúrgicamente, encontrando en el transoperatorio con hernia ileoapendicular con apéndice cecal perforada en anillo inguinal derecho, absceso periappendicular y ileón distal con datos de isquemia no reversible. Se realiza apendicitomía y resección intestinal con EEATT de ileón y limpieza de cavidad abdominal, la paciente evoluciona satisfactoriamente se da de alta en 7 días. **Conclusiones:** Debe considerarse a todo paciente realizar una exploración física meticulosa y más cuando se trata de un paciente de la tercera edad, ya que pueden presentar patologías diversas y cursar asintomáticos.

TC-149

PANCREATITIS GRAVE POSTOPERATORIA. UN RETO PARA EL CIRUJANO TRATANTE

Martínez SEA, Hernández BMA, Hernández PA. Hospital Regional Pemex. Cd. Madero, Tams.

Introducción: La pancreatitis postoperatoria grave constituye un reto de manejo diagnóstico, administrativo, médico-legal. **Objetivo:** Presentar tres casos que ilustran los aspectos que involucran al equipo de salud ante dicha complicación. **Material y método:** Masculino de la cuarta década de la vida operado de plastía hiatal laparoscópica, complicado con síndrome de Boerhaave, sometido a laparotomía fuera de la unidad, desarrolló pancreatitis graves que evolucionó hacia sepsis y muerte. Femenino 60 años, gastrectomizada por úlcera gástrica sangrante, presentó al 5º día postoperatorio pancreatitis grave con falla orgánica múltiple y muerte. Masculino de 42 años con antecedentes de internamiento previo por pancreatitis de origen biliar, programado para colecistectomía laparoscópica y exploración de vías biliares, reactivó su pancreatitis en forma grave, infección, sepsis, falla orgánica múltiple y muerte. **Resultados:** En todos los casos el cuadro de pancreatitis se confundió inicialmente con las complicaciones habituales del primer procedimiento quirúrgico, hubo resistencia familiar para aceptar esta situación, un caso presentó recobro económico que absorbió la Institución. **Conclusiones:** La pancreatitis postoperatoria constituye menos del tres por ciento de

Trabajos en Cartel

las formas graves, da la impresión ante la familia y algunos grupos médicos de que el cirujano inicial es el culpable, desgasta a la administración, la existencia de los diversos comités de atención médica aclara con veracidad y legalidad esta complicación ante el entorno médico y legal.

TC-150

LINFOMA NO HODGKIN DE VESÍCULA BILIAR

Pulido RJ, Canales CG, Garza LJE, Zamarrón GR. Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" Monterrey, N.L.

Objetivo: Presentación de un caso de linfoma de vesícula biliar. **Resumen:** Se trata de paciente masculino de 62 años de edad el cual acude a la consulta externa de cirugía general por presentar cuadro de dolor abdominal de 10 años de evolución el cual es intermitente, se presenta posterior al ingesta de colecistoquinéticos presentando exacerbación de los síntomas en los últimos 15 días motivo por lo cual acudió. A la exploración física el paciente con cabeza y cuello cilíndrico no masas no megalías, tórax campos pulmonares limpios bien ventilados ruidos cardíacos normales, abdomen blando depresible no dolores Murphy negativo no más no megalías vesícula biliar no palpable, se solicita ecografía de abdomen superior con resultados con hígado de aspecto normal presentando vesícula biliar con pared delgada con lito único de 2 cm aproximadamente, se realiza el diagnóstico de colecistolitiasis y se programa para colecistectomía abierta. **Resultados:** Se realiza colecistectomía abierta mediante incisión subcostal derecha encontrando vesícula biliar pared engrosada sin datos de inflamación aguda con lito único de 2 cm, cístico puntiforme. Reportando estudio anatómopatológico linfoma no Hodgkin difuso de células no hendidas, se envía a tratamiento definitivo por parte del departamento de oncología.

TC-151

QUISTE GIGANTE DE COLÉODOCO TIPO IVB EN EL ADULTO

Arreola C, Zimmermann JA, Durán CD. Hospital General Regional de León, SSA Guanajuato

Antecedentes: Los quistes de coléodo se presentan en 1-100,000 nacidos vivos. Detectado más frecuentemente en la infancia, 20% se diagnostica antes del primer año, 60% antes de los 10 años, 20% en adultos. Incidencia: 4:1 mujeres-hombres. La tríada clásica: dolor en hipocondrio derecho, tumoración e ictericia. Alonzo-Lej y Toddani, describen seis tipos: tipo I: crecimiento fusiforme (78%), tipo II: diverticular, tipo III: dilatación quística tercio distal, tipo IV: IVa dilataciones intra-extrahepáticas, IVb extrahepáticas (15%), tipo V enfermedad De Caroli VI dilatación quística del cístico. Sus complicaciones: colangitis, litiasis intrahepáticas, quísticas y colangiocarcinoma. El tratamiento para los tipos I y IV es resección quirústica, colecistectomía, derivación hepatoyeyunal en Y de Roux. Tipo II resección, y tipo III esfinterotomía. **Descripción del caso:** Femenino de 17 años de edad. Padecimiento de 3 meses de evolución, con dolor en hipocondrio derecho, náusea, vómito gastrobiliar, ictericia y masa palpable en hipocondrio derecho, el ultrasonido reportó dilatación de coléodo, la tomografía con dilatación de coléodo, la colangiografía retrógrada endoscópica mostró quiste gigante de coléodo tipo IVb de 30 cm de diámetro que abarca conducto coléodo, hepático común y parte del derecho. Se realizó resección del quiste, colecistectomía y derivación hepatoyeyunal en Y de Roux. Histopatología reportó quiste de coléodo con inflamación aguda y crónica. La evolución fue satisfactoria. **Conclusión:** El tratamiento del quiste tipo IVb es resección completa del quiste, colecistectomía y derivación hepatoyeyunal en Y de Roux.

TC-152

EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL EN PATOLOGÍAS GINECOOBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL IMSS OPORTUNIDADES PAPANTLA VERACRUZ. REPORTE DE UN CASO

González CA, Yeh GFA. CMN "Adolfo Ruiz Cortínez" IMSS. Veracruz, Veracruz

La frecuencia de infecciones postquirúrgicas en una cesárea difieren en varios autores, la indicación de una histerectomía total abdominal por infección postquirúrgica, no supera el 1% en la literatura médica. En el Hospital de Papantla IMSS Oportunidades se han realizado 10 histerectomías obstétricas de un total de 2,950 cesáreas realizadas en los últimos 5 años, siendo la principal causa, la atonía uterina en 80%, seguida de un caso con placenta acreta y otro por desgarro de las arterias uterinas. La incidencia de infecciones postquirúrgicas es de 2%. 11% de las pacientes presentaron RPM, teniendo como complicaciones corioamniosis, con una incidencia del 0.5%, siendo el primer caso de histerectomía total abdominal por infección postquirúrgica en los últimos cinco años. **Presentación del caso:** Femenino 32 años de edad, originaria del estado de Veracruz, sin antecedentes de importancia para padecimiento actual. G2 P1 C1 A0. Carga genética para DM e HAS; colecistectomía en el 2001. Grupo O rh positivo. No alérgicos. **Inicia padecimiento:** En mayo 2004 ingresa al servicio de urgencias por presentar infección de sitio quirúrgico, teniendo como antecedente haber sido intervenida para cesárea 10 días previos; cursa previo a evento quirúrgico con corioamniosis; siendo la justificación médica para interrupción del embarazo vía cesárea, presentar sufrimiento fetal agudo y una ruptura prematura de membranas de 24 hr. Ingresa con salida de material seropurulento a través de sitio quirúrgico, sin otra sintomatología agregada. **Interconsulta al Servicio de Cirugía General:** Se solicitan laboratorios, presentando una leucocitosis de 11,100, con ausencia de bandas, tiempos de coagulación y química sanguínea dentro de límites de normalidad. Las placas simples de abdomen sin evidencia de alteraciones. Los signos vitales adecuados. USG abdominal con presencia de escaso líquido libre en saco de Douglas.

Mayo 2004: Se efectúa lavado mecánico de sitio quirúrgico 24 hr posteriores a su ingreso encontrando salida de material seropurulento a través de la aponeurosis, la cual se encontraba aparentemente íntegra; sin embargo, al ingresar a cavidad abdominal, se tiene como hallazgo la presencia de material purulento en cantidad importante, tejidos friables y múltiples adherencias. Se efectúa revisión de cavidad, encontrando un útero con dehiscencia total de la histerorrafia, y salida de material purulento abundante a través de ella. Se procede a realizar histerectomía total abdominal total con salpingooforectomía bilateral, con un sangrado aproximado de 4,500 ml, colocándose drenajes abiertos, tipo Penrose, dirigidos hacia hueco pélvico. Se envía paciente a la unidad de cuidados intensivos para su manejo postoperatorio. El manejo antibiótico instaurado fue cefotaxima 3 g al día, amikacina 1 g al día, metronidazol 1.5 g al día. Es extubada al quinto día de postoperatorio, con adecuada evolución del padecimiento. El cultivo obtenido de una muestra del exudado fue positiva para Proteus, *E. coli* y estafilococo coagulasa positivo.

TC-153

CAMBIOS EN LA PRESENTACIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL

García RLE, Ceballos PA, Martínez MJC, Pérez SJ, Cervantes VBM, Betancourt GJR. Del Departamento de Cirugía General, Hospital Ángeles del Pedregal

Introducción: El cáncer colo-rectal ocupa la segunda causa de muerte por tumores del aparato digestivo a nivel mundial, con diferentes factores genéticos y ambientales en su etiología. **Objetivo:** Comparar la variación en la presentación clínica de estos tumores entre dos diferentes períodos de tiempo. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal revisando todos los expedientes de pacientes con cáncer colorrectal atendidos entre enero, 2000 y abril, 2004. Los resultados se compararon con un estudio previo efectuado entre 1984 y 1995. Se analizaron sexo, edad, antecedentes familiares, tabaquismo, ingesta de bebidas alcohólicas, dieta, sintomatología y su duración, método diagnóstico empleado, localización y estadio. **Resultado:** Se registró un aumento en pacientes del sexo masculino y cambios en la sintomatología. El factor de riesgo que aumentó fue el consumo de bebidas alcohólicas. Se emplearon más frecuentemente la colonoscopia, TAC

y marcadores tumorales para el diagnóstico y hubo mayor número de casos en el lado derecho y en estadio Dukes D. **Discusión:** El cáncer colorrectal ocurre con mayor frecuencia en personas mayores de 50 años, siendo el sangrado, cambios en hábitos intestinales y obstrucción intestinal los síntomas principales. Los factores dietarios son los más importantes factores etiológicos ambientales. Su localización es predominantemente en la mitad izquierda del colon. **Conclusiones:** El cáncer colorrectal continúa afectando a gran número de personas en todo el mundo. Su detección temprana es la mejor herramienta para mejorar la curación y sobrevida. La colonoscopia es el estudio diagnóstico de elección.

TC-154

PARAGANGLIOMAS MÚLTIPLES RECIDIVANTES: REPORTE DE UN CASO

Portillo FP, Cervantes VMB, González MJJ, Álvarez TR, Betancourt GJR. Del Departamento de Cirugía General, Hospital Ángeles del Pedregal, México, D.F.

Antecedentes: Los paragangliomas son tumores de células neuroendocrinas poco frecuentes, no cromafines, únicos y no funcionantes en su mayoría, considerados benignos con posibilidad de recurrencia y de malignidad discutible. **Objetivo del estudio:** Se presenta un caso poco frecuente por la multiplicidad de la localización y por el tiempo transcurrido entre las dos presentaciones de la enfermedad y se discute la posibilidad de malignización del tumor. **Informe del caso:** Una paciente femenina de 34 años de edad es operada por presentar un tumor de cuerpo carotídeo localizado en la bifurcación de la carótida izquierda en 1989. Tras 14 años de evolución asintomática regresa por la presencia de dos tumoraciones sobre la parótida izquierda y en el triángulo carotídeo izquierdo. **Resultados:** Se estudia la paciente encontrando ambas lesiones muy ricamente vascularizadas, por lo que se interviene quirúrgicamente resecando tres paragangliomas: uno en región parotidea, otra en la bifurcación carotídea y la tercera íntimamente adherida al nervio vago, así como cuatro ganglios linfáticos regionales sin evidencia de neoplasia. Su evolución ha sido satisfactoria salvo por disfonía transitoria. **Discusión:** Los paragangliomas son más frecuentes en la cabeza y cuello, en íntima relación con vasos arteriales y nervios del sistema nervioso autónomo, múltiples en 10% con discusión si se deben considerar malignos o multicéntricos. **Conclusiones:** Se reporta un caso poco común por sus características clínicas, se discute la posibilidad si es un tumor de nuevo, maligno o recidivante y multicéntrico por lo tardío de la recurrencia y por su patrón histológico benigno con ganglios negativos.

TC-155

MANEJO ENDOSCÓPICO DE LAS ESTENOSIS DE LA VÍA BILIAR EN EL HOSPITAL GENERAL "DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO". ISSSTE

Ramírez AFJ, Dávila JH, Torres CSA. Hospital General "Darío Fernández Fierro" México, D.F.

Antecedentes: Las estenosis y obstrucciones de la vía biliar representan abordajes quirúrgicos desafiantes. Con mayor frecuencia adquiridas, secundarias a lesiones postoperatorias tanto abiertas como laparoscópicas, por manipulación endoscópica o percutánea, trauma cerrado o penetrante, inflamatorias, infecciosas o neoplásicas benignas o malignas, pero también congénitas. El tratamiento adecuado y oportuno es indispensable en la prevención de complicaciones como colangitis, hipertensión portal, cirrosis biliar y hepatopatías terminales. El manejo puede ser abierto, sin embargo, implica grandes incisiones, mayor respuesta metabólica a la lesión, recuperación lenta y costosa. Los procedimientos endoscópicos permiten hasta un 73% de manejos resolutivos mediante endoprótesis con resultados alentadores y duraderos. **Objetivo:** Describir el manejo endoscópico de las estenosis biliares en un hospital de segundo nivel. **Material y métodos:** Se realiza estudio descriptivo en una serie de casos con estenosis de vía biliar e ictericia obstructiva,

manejados con CPRE y descompresión mediante dilatación, colocación de endoprótesis, esfinterotomía, o combinación de procedimientos. **Resultados:** Se analiza serie de casos entre los 38 y 80 años de edad (mediana 68), total de casos 14.9 mujeres (64.28%) y 5 hombres (35.72%), con estenosis secundarias a lesión postquirúrgica 3 casos (21.43%), neoplasia 8 (57.14%) y otras 3 (21.43%), localizadas en: hepático común 3 (21.43%), colédoco proximal 2 (14.28%), colédoco medial 1 (17.15%), colédoco distal 6 (42.86%) y papila 2 (14.28%). Manejándose con endoprótesis 6 casos (42.86%), esfinterotomía 1 (7.14%), dilatación 1 (7.14%), papilotomía y dilatación 1 (7.14%), y sin resolución endoscópica 5 (35.7%). Se manejaron 9 casos (64.3%) vía endoscópica; todos actualmente asintomáticos y con PFH normales. 1 (7.1%) paciente requirió tratamiento quirúrgico. **Discusión:** La iatrogenia es la causa más frecuente de estenosis de la vía biliar secundario a una mala técnica de exposición e identificación estructural y a las variaciones anatómicas. El diagnóstico y tratamiento endoscópico permiten resolución hasta en un 73% de los casos, dejando los procedimientos quirúrgicos abiertos para casos sin éxito con este método. **Conclusión:** Prevenir, identificar y resolver la estenosis extrahepática de manera oportuna representa un reto para el equipo quirúrgico endoscópico, ya que la calidad de vida dependerá del éxito terapéutico.

TC-156

INTUSUSCEPCIÓN EN ADULTO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rodríguez PC. Hospital General de Acatlán de Osorio, Puebla. SSA

Antecedentes: Es una entidad más común vista en pacientes pediátricos y acontece como causa de obstrucción del intestino delgado en el adulto en el 1% y representa el 5% de todas las intususcepciones. Rara vez se diagnostica en el preoperatorio debido a que los síntomas son predominantemente de obstrucción intestinal así como a su poca frecuencia. A diferencia del niño, de 70-90% de los casos en adultos se identifica una causa específica. La intususcepción se presenta como dolor abdominal agudo en niños, en los adultos puede presentarse en formas aguda, intermitente o crónica. Cabe mencionar que del total de admisiones hospitalarias le corresponde el 0.003 a 0.02%. **Objetivo:** Dar a conocer un caso de intususcepción en un adulto. **Material y método:** Se trata de masculino de 40 años con cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por fiebre, dolor abdominal tipo cólico intenso en FID, vómito en 7 ocasiones, diaforesis y diarrea líquida sin moco y sangre. Manejado en forma prehospitalaria a base de analgésicos y antiespasmódicos. A la E.F lo encontramos intranquilo, cooperador al interrogatorio con S.V: T/A= 110/80, FR = 22X', FC=95X' y TEMP = 37° C con mala hidratación, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con distensión moderada, resistencia muscular involuntaria, Blumberg, Rovsing y MacBurney positivos, peristalsis de lucha, se palpa tumefacción en FID, genital y extremidades sin comentario. Presentó leucocitosis de 14,300 y una neutrofilia de 84%, la PSA demuestra imagen de íleo segmentario en FID. Se lleva a quirófano con diagnóstico de abdomen agudo probablemente secundario a una apendicitis aguda modificada por medicamentos. **Resultados:** Abdomen agudo secundario a una obstrucción intestinal mecánica por una invaginación de íleon terminal aproximadamente 20 cm en el ciego, se efectúa taxis y se evidencia necrosis sin perforación macroscópica, se decide resección intestinal con EEATT de íleon, con apéndice hiperémica y edematoso y se hace apéndicectomía incidental. El RHP sin evidencia de punta de invaginación, la evolución postoperatoria sin complicaciones y se egresa al cuarto día de evento quirúrgico. **Conclusión:** Causa rara de obstrucción intestinal mecánica en el adulto, se recomienda resección intestinal por su alta posibilidad de lesión maligna como etiología de la intususcepción en el adulto y puede ocurrir en cualquier parte del tubo digestivo bajo aunque la gran mayoría en el intestino delgado.

TC-157

MANEJO DE LA ESTENOSIS ANAL SEVERA MEDIANTE PLASTÍA EN V Y REPORTE DE UN CASO

Trabajos en Cartel

Casaus AME, Martínez GAM, Castillo VRA, Camacho MA. HGZ No. 2, Saltillo. Coahuila

Antecedentes: La estenosis anal es una condición mecánica, caracterizada por la estrechez del conducto anal, con presencia de abertura anormal, apretada y sin elasticidad del ano. La etiología es congénita, adquirida, por traumatismo, neoplasias, espástico y por isquemia. La causa más frecuente es la de tipo traumático, posterior a una cirugía, la más común hemorroidectomía, debido a la resección excesiva de anodermo. De acuerdo a la estrechez se clasifica en estenosis leve, moderada y severa, por lo tanto los síntomas van a estar relacionados al grado de estenosis, que pueden ser, estreñimiento, cólico abdominal, distensión abdominal, tenesmo, dolor rectal, heces disminuidas de calibre, y puede presentarse fisuras y sangrado escaso. En las estenosis leves y moderadas, puede realizarse exploración proctológica, con algún tipo de anoscopio o espejo y tacto rectal, siendo imposible realizarlo en las estenosis severas, así mismo en el manejo en la estenosis leve es conservador con blandadores de bolo fecal, dieta y dilataciones en forma continua, en las estenosis moderadas, aparte de lo antes mencionado se propone una estinterotomía y estonotomía. En las estenosis severas, se proponen varias técnicas para liberar el anodermo y mejorar los síntomas, como son plastía en V Y, plastía en diamante, plastía en S y avance de colgajo mucoso. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con estenosis anal severa, que evoluciona satisfactoriamente con la realización de plastía en V Y. **Informe del caso:** Paciente femenino de 60 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, cirugía vascular hace 4 años, y cirugía de hemoroides hace 3 años. Inicia su padecimiento actual 3 semanas posteriores a la realización de hemorroidectomía, refiere dolor al evacuar, heces disminuidas de calibre, tenesmo y ocasional sangrado, así mismo refiere cuadro de estreñimiento con distensión abdominal, acompañados por semanas en las que evaca tres o cuatro veces al día en cantidad escasa, con dolor y sangrado, al inicio se manejó con blandadores de heces, sin mejoría. Se revisa a la paciente en posición proctológica encontrándose a la inspección ano prácticamente cerrado, con múltiples cicatrices, zonas de colgajos, se intenta realizar tacto rectal con cualquier dedo sin lograr la introducción, debido a la intolerancia de la paciente, que refiere dolor intenso a la sola palpación de la región. Se clasifica como estenosis anal severa, por lo que se programa para cirugía previo protocolo completo, en quirófano la paciente con anestesia BPD, en posición de navaja sevillana, se logra realizar revisión proctológica completa con rectosigmoidoscopio, sin encontrar más lesiones a este nivel, se inicia el procedimiento, realizando una incisión en V desde el borde ano, en sector de las 12, de aproximadamente 6 centímetros, posteriormente una incisión hasta línea dentada, completando en V Y, se libera la piel, sin devascularizar y se realiza, afrontamiento del vértice hasta la línea dentada, con catgut crómico del 0 puntos simples, afrontando el resto de la piel con catgut crómico del 0 puntos simples, dejando el ano con mayor calibre, se verifica hemostasia sin presentar sangrado, se mantiene a la paciente con dieta polimérica tres días, presentando evacuaciones 4 días después, con leve dolor y sin sangrado, dándose de alta, siendo revisada cada semana durante un mes con mejoría. Actualmente con buen estado, las evacuaciones de buen calibre, no ha presentado dolor, ni datos de sangrado a los 4 meses de evolución. **Conclusión:** De acuerdo al grado de estenosis, será el tratamiento, dejando para la estenosis severa la realización de procedimientos de colgajos o plastías, que tienen hasta un 90% de éxito cuando están bien indicados y la plastía es la adecuada.

TC-158

CÁNULA DE TRAQUEOSTOMÍA EN BRONQUIO IZQUIERDO

Ramírez CS, Moreno RA. Servicio de Cirugía General del Hospital General de Acapulco, S.S. Guerrero

Antecedentes: La repercusión de un cuerpo extraño en la vía aérea, depende de su naturaleza, localización y grado de obstrucción, provocando fallo respiratorio o atelectasias. El pulmón derecho es el que más se afecta (80%) por la división casi recta del bronquio con

la tráquea, el pulmón izquierdo se compromete en 33% y sólo en 12% bilateral. **Objetivo:** Presentación de 1 caso con objeto extraño en bronquio izquierdo (cánula de traqueostomía) secundario a trauma contuso en cuello. **Caso:** Masculino 29 años, antecedentes hematoma occipital con AMV prolongado y traqueostomía hace 7 años, egresa sin control. Hace 2 años recambio de cánula, sin control. El 09-06-04 presenta trauma contuso cervical anterior con fractura de cánula de traqueostomía, presentando dificultad respiratoria, los RX fragmento de cánula alojada en bronquio principal izquierdo. Broncoscopia 29-06-04 granuloma inflamatorio oclusivo 75% de luz traqueal, en bronquio izquierdo cánula fracturada, con edema periférico, lo que imposibilita la extracción. Toracotomía exploradora el 02-07-04 abordaje posterolateral derecho, se realiza traqueotomía a 2 cm de la carina con extracción de fragmento de cánula en bronquio izquierdo. Cierre de tráquea y tubo pleural 36 fr. Controles de Rx con expansión pulmonar. Alta por mejoría. **Conclusiones:** El tratamiento de elección consiste en realizar fibroscopia y extracción del cuerpo extraño. No existen reportes en la literatura acerca de la presentación de este tipo de objeto (cánula) en el bronquio izquierdo.

TC-159

LEPTOSPIROSIS COMO CAUSA DE ICTERICIA. UN RETO DIAGNÓSTICO

Hamud GJ, Soto SS, Aguirre RR, Jaimes DF, Díaz ZJ. Hospital General de Acapulco. Acapulco, Guerrero

Antecedentes: El síndrome icterico tiene múltiples causas, entre ellas las litiasicas, las infecciosas y neoplásicas. La leptospirosis tiene una distribución mundial y es más común en los trópicos, donde existen las condiciones ideales para su transmisión. En México es una enfermedad endémica de baja frecuencia. La enfermedad de Weil representa la forma más severa de la enfermedad. Se caracteariza por ictericia, falla renal y hemorragia. **Objetivo:** Informar sobre la experiencia de tres pacientes con ictericia portadores de leptospirosis, dos de los cuales fueron manejados médica y otro que fue intervenido quirúrgicamente pensando inicialmente en una causa litiasica. **Material y métodos:** Se realizó revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico confirmado de leptospirosis y se verificó su proceso diagnóstico y terapéutico. **Resultados:** Los tres pacientes cursaron con síndrome icterico debido a leptospirosis, se informa acerca de su curso clínico, diagnóstico y tratamiento. Dos de los pacientes recibieron tratamiento con antibióticos, mientras que otro paciente fue sometido a cirugía en un tercer nivel a pesar de haber sido diagnosticado como portador de leptospirosis por serología y haberse realizado colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y resonancia magnética. **Discusión:** A pesar de que la leptospirosis es una enfermedad relativamente rara en nuestro medio, su impacto global nos obliga a pensar en ella como diagnóstico diferencial de un síndrome icterico. **Conclusión:** La leptospirosis es una enfermedad que puede cursar con ictericia, por lo que hay que tenerla en mente como diagnóstico diferencial antes de llevar a cabo un tratamiento quirúrgico.

TC-160

FRECUENCIA DE ESTENOSIS PAPILAR TARDÍA POST-ESFINTEROTOMÍA ENDOSCÓPICA EN EL HECMN “LA RAZA” DEL IMSS

Hernández-Ángeles AS, Paredes CE, Gutiérrez MJE, Guerrero HCM. Servicio de Endoscopia Gastrointestinal del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS, México, D.F.

Introducción: La cirugía y específicamente la esfinteroplastía transduodenal está siendo limitada por la colangiopancreatografía endoscópica (CPE) terapéutica con esfinterotomía para el manejo de enfermedades ampulares y biliopancreáticas y con menor morbilidad. La esfinterotomía endoscópica tiende a cerrarse al igual que la quirúrgica, sin embargo, no se conoce su incidencia ni repercusión clínica a largo plazo. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de estenosis del esfínter de Oddi a 6 meses de seguimiento en todos los pacientes sometidos a esfinterotomía endoscópica. **Material y mé-**

todos: Realizamos un estudio prospectivo, observacional, longitudinal y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes enviados al servicio de endoscopia de este hospital a quienes se les realizó esfinterotomía endoscópica en un periodo de 3 meses y que cumplieran los criterios de selección (mayores de 16 años, sin patología maligna, cirugía derivativa de vía biliar, embarazo, cirrosis, ni ingesta crónica de esteroides), previo consentimiento informado. Al inicio del estudio se registró la longitud de esfinterotomía, tipo y amplitud de corriente para el corte, diagnóstico pre y post-estudio, presencia, número y extracción de litos, así como las complicaciones. Se citaron a revisión de la longitud de esfinterotomía a los 6 meses y se agruparon de acuerdo al tipo de corriente de corte empleada en: corte, mezcla y mixta (coagulación/corte). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 11.0 ver. Windows y STATS 1.1. **Resultados:** De 32 pacientes, 29 asistieron al control (3 no se presentaron) y se incluyeron en el estudio (13 hombres y 16 mujeres) con edades de 24 a 89 años. La longitud inicial de esfinterotomías endoscópicas fue en promedio de 14.7 mm. (7.8 a 24 mm); el tipo de corriente utilizada en 12 pacientes fue mezcla, en 10 corte puro y 7 mixta. La amplitud de corriente en el corte entre 20 y 35 Watts. El diagnóstico post-estudio en 22 casos fue coledocolitiasis residual, en 4 probable disfunción del esfínter de Oddi, 2 con fistula biliar externa y 1 con Ascaris en vía biliar. El diámetro promedio de los litos de 10.3 mm. (3 a 16 mm) y el número de litos por paciente fue 1.3. Las complicaciones más frecuentes fueron: perforación (3.4%, 1/29), pancreatitis aguda no grave (10.3%; 3/29) y hemorragia en el sitio del corte (10.3%; 3/29). La revisión a los 6 meses reveló una disminución de longitud de esfinterotomía en el 100% de los casos, con un promedio de 10.03 mm (3 a 16 mm) y una diferencia de cierre de 4.72 mm estadísticamente no significativa ($\chi^2 = 0.458$). El promedio de cierre por tipo de corriente fue: corte puro 3.98 mm ($p < .005$), mezcla 4.5 mm ($p < 0.002$) y mixta 6 mm ($p < 0.018$). No hubo alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepático a los 6 meses. El número y el tamaño de litos extraídos no influyen en una incidencia mayor de estenosis. En 2 pacientes la extracción de litos se hizo en otro momento y no se observó relación con mayor frecuencia de estenosis. **Conclusiones:** Todos los pacientes sometidos a esfinterotomía endoscópica tienen disminución de la longitud del corte a los 6 meses. El uso de los distintos tipos de corriente para el corte, no influye en mayor o menor índice de cierre de la longitud de esfinterotomía, sin embargo, la muestra requiere mayor número de pacientes y más tiempo de seguimiento para determinar la progresión de la estenosis y si tiene o no consecuencias, ya que en base a estos resultados puede estar subestimándose.

TC-161

INCIDENCIA DE GASTROPATÍA ALCALINA POST-ESFINTEROTOMÍA BILIAR EN UN HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN

Gutiérrez-Mayorga JE, Paredes-Cruz E, Galindo-Rujana ME, Hernández-Angeles AS, Guerrero-Hernández MM, Méndez R, Maroun-Marun C. Servicio de Endoscopia y Departamento de Patología Centro Médico Nacional "La Raza", Hospital de Especialidades. Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. México, D.F.

Introducción: La gastropatía química, se caracteriza por una escasez de inflamación con diversos grados de hiperplasia folicular, edema y proliferación de fibras musculares lisas en la lámina propia, dilatación y congestión vascular, estos cambios fueron reconocidos por primera vez por Dixon y cols. en caso de reflujo biliar severo. Posteriormente Sabali y cols. encontró hallazgos similares en lesiones gástricas inducidas por AINES. Los cambios observados son típicamente del antró, generados por el efecto de sales biliares y otras sustancias duodenales en la mucosa gástrica. Este tipo de daño es frecuente encontrarlo en estómagos modificados por cirugía; esta relación es más llamativa después de un procedimiento Billroth. En caso de pacientes con estómago no operado, el reflujo biliar ha sido asociado con mal funcionamiento del esfínter pilórico y motilidad duodenal anormal. **Objetivo:** Determinar la incidencia y su relación demostrada por biopsia de la gastropatía alcalina por reflujo duodenal, en pacientes a quienes se le ha efectuado esfinteroto-

mía. **Tipo de estudio:** Observacional, prospectivo, longitudinal, descriptivo y abierto. **Material y métodos:** Todo paciente derechohabiente, mayor de 16 años que solicitó colangiopancreatografía endoscópica y se realizó esfinterotomía durante mayo a julio del 2003, se le informó la posibilidad de participar en el estudio, no se incluyó a aquellos: con uso crónico de AINES, cirugía gástrica previa, evidencia de gastropatía alcalina previa, embarazo, tumor de la encrucijada biliopancreatoduodenal y que no desean participar. Se tomó biopsia gástrica según técnica de Pelayo-Correia, acompañada de la ejecución de una encuesta que cuestiona: patologías asociadas, toma crónica de medicamentos, consumo de alcohol y colecistectomía. Se controló los seis meses con una nueva endoscopia y toma de biopsia gástrica. Se excluyó a pacientes que no asistieron a su control, su biopsia inicial reportó gastritis alcalina, o no se obtuvo datos completos. Los resultados fueron analizados con el programa SPSS vrs. 11 y STATS vrs. 1.1 para windows. **Resultados:** El estudio incluye 29 pacientes, 16 femeninos y 13 masculinos, edades (24-89) Media 51.12 años y (27-82) Media 62.8 años. Con diagnósticos: Colecodolitiasis (22/29), Probable disfunción esfínter de Oddi (4/29), Fístula externa (2/29), Ascariasis (1/29). El 24% (7/29) no está colecistectomizado, el 31% (9/29) niega el consumo de alcohol, predominantemente el sector femenino. El 45% tienen una patología asociada: Hipertensión (6/29), diabetes mellitus (6/29) y cardiopatía (1/29) con el correspondiente uso de medicamento. La esfinterotomía fue realizada entre los siguientes diámetros: 7 –10 mm. (7/29), 11-15 mm. (15/29), 16-20 mm. (6/29) y mayor de 20 mm (1/29) Media 14.09 mm desviación estándar 4.33. La evaluación endoscópica inicial no reportó alguno con lago gástrico biliar, y las biopsias tomadas se distribuyen en: Edema y congestión (2/29), hiperplasia linfoide (2/29), infección *Helicobacter pylori* (7/29), gastritis crónica leve (11/29) y gastritis crónica moderada (7/29). La endoscopia de control nos muestra: no lago biliar 31% (9/29), lago biliar claro 45% (13/29) y lago biliar adherente 24% (7/29). La biopsia de control reporta: gastritis alcalina 3% (1/29), metaplasia intestinal 6% (2/29), gastritis crónica leve 38% (11/29), gastritis crónica moderada 24% (7/29), infección *Helicobacter pylori* 24% y edema y congestión 3%. **Discusión:** El consumo de alcohol no se relaciona con la presencia de gastritis alcalina previo a la esfinterotomía, algunos autores han mencionado su participación como factor directo en el desarrollo, aunque la mayoría coincide que es muy difícil comprobar esta participación como lo menciona Cheli y Uppal en sus estudios. No existe relación entre género y la presencia de lago biliar en la endoscopia de control. La prueba de Pearson corrobora la relación entre la colecistectomía y la presencia de lago biliar en nuestra serie, así como la presencia de gastritis alcalina demostrada por biopsia ($p = 0.47$), ya Wilson encuentra relación de reflujo alcalino con la persistencia síntomas de pacientes colecistectomizados, teniendo el hallazgo de un reflujo biliar nocturno excesivo en estos pacientes. La prueba de Spearman muestra relación entre el tamaño de la esfinterotomía, con la presencia de lago biliar y gastritis alcalina ($p = 0.747$); y al realizar una análisis de varianza multivariada entre colecistectomía ($p = 0.383$) y tamaño de la esfinterotomía ($p = 0.01$) con la endoscopia de control, reporta una mayor significancia el tamaño de la esfinterotomía. **Conclusiones:** El mayor tamaño de la esfinterotomía y su coexistencia con colecistectomía previa parece influir con la presencia de lago biliar y gastritis alcalina reportada por biopsia, pero es necesario, corroborarlo con una muestra más grande y seguimiento a mayor plazo para no subestimar resultados.

TC-162

CAUSAS DE EMERGENCIAS QUIRÚRGICAS ONCOLÓGICAS EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Marquina MM, Reyes SG, Sánchez RN, Aboharp SH. Servicio de Cirugía Oncológica. Hospital Juárez de México. SSA México Distrito Federal

Antecedentes: Las emergencias oncológicas son poco frecuentes y pocas de ellas requieren cirugía, compromiso de vía aérea, obstrucción y perforación intestinales, hemorragia y abscesos. La consulta se relaciona con el proceso oncológico, su tratamiento, o no

Trabajos en Cartel

relacionada con éstos, que requieren cirugía inmediata. El cirujano deberá determinar las metas de tratamiento en el contexto de la patología oncológica. **Objetivo:** Comparar la incidencia de emergencias quirúrgicas oncológicas, con revisión de la literatura. **Material y método:** Se realizó retrospectivo, observacional, longitudinal, se revisaron un total de 82 pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos de emergencia en el servicio se oncología del Hospital Juárez de México, de enero a junio del 2004. **Resultados:** Se registraron un total de 82 cirugías en los meses: enero: 9 (10.9%), febrero: 4 (4.8%), marzo: 17 (20.7%), abril: 10 (12.1%), mayo: 21 (25.6%), junio: 21 (25.6%). Siendo de estas intra-abdominales, 7 el mes de enero (11.4%), 2 en el mes de febrero (3.2%), 14 en marzo (22.9%) , 8 en abril (13.1%) , 16 en mayo (26.2%) y 14 en junio (22.9%). Siendo un total 61 cirugías (74.3%) en comparación con 21 extraabdominales (25.7%). **Discusión:** Se presentó en la mayoría de las urgencias quirúrgicas de origen intraabdominal oclusiones intestinales, y de las extraabdominales fue compromiso de la vía aérea. **Conclusiones:** Se reportan pocos datos en la literatura mundial de incidencia y prevalencia de las emergencia intra y extraabdominales.

TC-163

ADENOMA HEPÁTICO RELACIONADO CON EPISTAXIS RECURRENTE

Reyes SG, Marquina MM, Martínez CG, Badillo BA, Martínez RR. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México. SSA México, Distrito Federal

Antecedentes: Los adenomas hepáticos constituyen una patología benigna más común en mujeres en relación con la presencia de estrógenos y progesterona, son tumores de consistencia lisa con contenido de glucógeno, y con vasos de calibre pequeño. **Objetivo:** Presentar un caso de adenoma hepático en relación a epistaxis recurrente. **Resumen clínico:** Masculino de 19 años con antecedentes de piloroplastia al mes de edad, cardiopatía cianógena actualmente resuelta. Padecimiento de 8 años, con astenia adinamia, hiporexia, pérdida ponderal, y epistaxis 1 vez al mes. Que desapareció hace 6 años, tratada como síndrome anémico. Se encuentra fosfatasa alcalina arriba de 900 UI. Y encontrando una tumoración hepática reportando hemangioma, tratado con quimioembolización. Se somete a cirugía en donde se encuentra tumoración en segmentos hepáticos VI y VII. **Resultados:** Reporte histopatológico: tejido hepático con cambios regenerativos y colestasis intracitoplasmática moderada que corresponde a un adenoma hepático. **Discusión:** Se presenta el caso de un paciente masculino joven con cuadro de epistaxis recurrente asociado a un adenoma hepático. **Conclusiones:** Se relaciona un cuadro de epistaxis recurrente asociado a un tumor hepático, sin coagulopatía previa.

TC-164

MANOMETRÍA ESOFÁGICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO SOMETIDOS A FUNDUPLICATURA LAPAROSCÓPICA NISSEN

Méndez MO, Cruz MI, Reyes SG, Nuñez TL. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México. SSA México Distrito Federal

Objetivo: Valorar manométricamente la función motora esofágica antes y después de la funduplicatura laparoscópica. **Antecedentes:** Los trastornos motores en el cuerpo esofágico, su patogénesis y síntomas del ERGE es poco comprendido en el daño en la motilidad esofágica. Pocos estudios establecen una relación causal entre ERGE y dismotilidad esofágica. **Material y métodos:** Se incluyeron los pacientes referidos al laboratorio de motilidad gastrointestinal del Hospital Juárez de México para la realización de manometría esofágica preoperatorio y postoperatoria, La manometría esofágica fue realizando un catéter de estado sólido Castell (Synectics Konisberg Instruments, Inc Pasadena Ca.) de 5.2 mm de diámetro y 4 canales con dos sensores laterales (proximales) y dos circunféricas distales. **Resultados:** Se incluyeron a 7 pacientes de edad

promedio de 41.8 ± 10.1 SD con un rango de 30 a 54 años, 4 femeninos (57.1%) y 3 masculinos (42.9%), todos ellos con ERGE. Preoperatorio 3 pacientes (42.9%) con una relajación incompleta del EEI, 4 pacientes (57.1%) con motilidad esofágica normal. Postoperatorio 3 pacientes con una longitud intraabdominal del EEI corta (42.9%), 2 pacientes (28.5%) con relajación incompleta del EEI (28.5%), 2 pacientes (28.5%) con motilidad esofágica normal. **Discusión:** La evaluación anatómica y fisiológica se incluye de manera selectiva la endoscopia, PHmetría de 24 h, manometría y estudio de vaciamiento gástrico para identificar dismotilidad esofágica o disfagia persistente. **Conclusiones:** Nuestros hallazgos plantean la posibilidad de seguimiento manométrico y PH métrico postoperatorio, para precisar si los trastornos de la motilidad esofágica son secundarios a la manipulación quirúrgica.

TC-165

CISTADENOMA DE COLÉDOCO. PRESENTACIÓN DE 1 CASO

Reyes SG, Cruz MI, Cortés GE, Méndez MO, Badillo BA. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México. SSA Departamento de Anatomía Patológica Hospital Juárez de México. SSA México. Distrito Federal

Antecedentes: Los cistadenomas de la vía biliar extrahepática son neoplasias poco frecuentes, siendo 26 casos reportados en la literatura mundial. **Objetivo:** Se presenta un caso de cistadenoma de colédoco que por su localización es poco común. **Resumen:** Paciente femenino de 51 años. Inicia su padecimiento de 6 meses de evolución, presentó ictericia progresiva, acolia, coluria, astenia, adinamia. Se realizó colecistectomía abierta de manera electiva sin complicaciones aparentes. Continúa con misma sintomatología, además pérdida de peso de aproximadamente 20 kilogramos, fue referida al hospital Juárez de México, a su ingreso con signos vitales dentro de parámetros normales, sin presencia de visceromegalias, laboratorios mostrando hiperbilirrubinemia de patrón obstructivo. Ultrasonido de hígado y vías biliares mostró imagen semejante a quiste de colédoco, se decide su intervención, se procedió a realizar exploración de vía biliar, además resección de tumoración coledociana sacular de 3.2×1.5 y derivación biliointestinal. **Resultados:** Histopatológicamente corresponde a un cistadenoma multilocular de vías biliares extrahepáticas (colédoco). **Discusión:** Los cistadenomas se consideran lesiones premalignas, son más comunes en mujeres en la quinta década de la vida. **Conclusiones:** Los cistadenomas hepaticos con tumores infrecuentes que aparecen en parénquima hepático y son menos frecuentes en vía biliar extrahepática. El estudio diagnóstico de elección es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. El tratamiento de elección es la reconstrucción biliointestinal.

TC-166

TUMOR DESMOPLÁSICO INTRAABDOMINAL. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Méndez MO, Cruz MI, Cortés GE, Reyes SG. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México. SSA Departamento de Anatomía Patológica Hospital Juárez de México. SSA México, Distrito Federal

Antecedentes: Los tumores desmoplásicos intraabdominales son tumores de tejidos blandos malignos, infrecuentes y de incerta histogénesis. **Objetivo:** Realizar un análisis de las características clínicas y anatomicopatológicas de los tumores desmoplásicos intraabdominales, presentación de tres casos clínicos y revisión de la literatura. **Resumen clínico:** **Caso 1:** Masculino de 33 años, 3 meses previos presentó cambios en hábito intestinal, melena, dolor abdominal. E.F. signos de irritación peritoneal, leucocitosis 15,000. Se realiza laparotomía exploradora encontrando masa tumoral que involucra pelvis, sigmaoides, válvula ileocecal, recto e intestino delgado. Se toma biopsia 1. **Caso 2:** Masculino de 8 años, 6 meses de evolución con tumoración intraabdominal, melena, ultrasonido abdominal con tumoración retroperitoneal con infiltrado a pelvis, intestino delgado,

epiplón, se retiró parte del tumor. **Caso 3:** Femenina de 18 años, 2 cirugías previas de tumoración intraabdominal, inicia 4 meses previamente con aumento de volumen a nivel abdominal acompañado de dolor y estreñimiento, se realiza laparotomía con extirpación tumoral, nuevamente acude presentando pérdida de peso, TAC abdominal muestra masa tumoral retroperitoneal y pelvis, desplaza asas intestinales. Nuevamente laparotomía, se encuentra tumoración dependiente de retroperitoneo de 30x25, friable con carcinomatosis pélvica. **Resultado:** Histopatológicamente corresponde a un tumor desmoplásico de células redondas. **Discusión:** Son frecuentes en hombres en un rango de edad de 6 a 54 años, involucra cavidad abdominal y pélvica, clínicamente presenta dolor abdominal, pérdida de peso. **Conclusiones:** Histológicamente cursa con morfología variable, pero presenta marcadores inmunohistoquímicos que lo caracterizan. El tratamiento mediante radioterapia y 5'FU sigue siendo paliativo.

TC-167

COLECISTECTOMÍA POR MINILAPARATOMÍA MODERNA

Paez MM. Servicio de Cirugía General Hospital General "Dr. Julián Villarreal" Texcoco México. Instituto de Salud del Estado de México, ISEM

Antecedentes: La colecistectomía por minilaparotomía es una alternativa quirúrgica de mínima invasión para intervención del tracto biliar. La clasificación de minilaparotomía para colecistectomía es como sigue: Microlaparotomía: Incisión menor a 4 cm, minilaparotomía moderna: de 4 a 6 cm, minilaparotomía clásica: de 6 a 8 cm. **Objetivo:** Presentar la experiencia de la colecistectomía por minilaparotomía moderna, desarrollada como una alternativa para colecistectomía laparoscópica y para colecistectomía convencional. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, observacional, realizándose 54 colecistectomías con minilaparotomía moderna de febrero del 2001 a noviembre del 2003 en el Hospital General "Dr. Julián Villarreal" Texcoco, México. ISEM. Todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis crónica litiasica. **Resultados:** Se realizaron 54 procedimientos, 5 fueron pacientes masculinos y 49 femeninos, con rango de edad de 22 a 80 años. Todos con incisión vertical. 51 con minilaparotomía moderna con incisión mínima de 5 cm y máxima de 6 cm. Promedio 5.5 cm. 3 con minilaparotomía clásica, 2 de 7 cm y 1 de 8 cm. Con tiempo quirúrgico de 30 minutos mínimo y máximo de 105 minutos. Se realizaron 5 exploraciones de vía biliar por encontrar transoperatoriamente colédoco dilatado, ninguna conversión a colecistectomía convencional, con tiempo de hospitalización en promedio de 2 días. No hubo daño o lesión de la vía biliar en ningún paciente. **Conclusiones:** La minilaparotomía moderna no requiere tecnología sofisticada y cara, o destreza especializada, por lo tanto está disponible en varios hospitales generales, es segura, de bajo costo, y como alternativa viable para la colecistectomía laparoscópica (que en algunos hospitales es un procedimiento de rutina) o para la colecistectomía convencional.

TC-168

TROMBOSIS MESENTÉRICA, POSTERIOR A APENDICITIS COMPLICADA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Farías MV, Castañeda AAE, Liceaga AR. Hospital Ángeles MOCEL. México, D.F.

Se trata de paciente masculino de 51 años de edad el cual acude al servicio de urgencias del hospital MOCEL, al presentar dolor abdominal el cual inició hace aproximadamente el día 8 de enero del 2004, localizado inicialmente en epigastrio y con irradiación a fossa iliaca derecha, donde se localizó, aunado a esto presencia de fiebre, y náusea, por lo que acude con varios médicos indicando tratamiento a base de analgésicos y antibióticos sin mejoría, con mayor intensidad en el dolor, motivo por el cual es traído a este hospital, el día 14 de enero del 2004 recibiendo paciente masculino de edad correspondiente a la cronología, moderadamente hidratado, consciente, cooperador, con fascies de dolor, posición antiágica, cardio-

respiratorio solamente con aumento en la frecuencia cardiaca, abdomen distendido doloroso a la palpación superficial y profunda con datos de hiperestesia e hiperbaralgia, así como datos fracos apendiculares, y laboratorialmente con leucocitosis, bandemia, y placas de abdomen, con presencia de ileo segmentario y presencia de aire libre subdiafragmático, motivo por el cual se decide tratamiento quirúrgico de urgencia realizando LAPE, en la que se encuentra, peritonitis abdominal secundaria, así como apéndice cecal perforado con presencia de absceso a nivel de meso, por lo que se realiza apendicectomía, lavado de cavidad, colocación de drenajes y bolsa de Bogota, se decide su ingreso a unidad de terapia intensiva donde ingresa con los siguientes diagnósticos: Sepsis severa, a) Coagulopatía. b) Colestasis intrahepática. PO Inmediato de LAPE + Apendicectomía + Lavado peritoneal. Se realizan tomografías computadas de abdomen para seguimiento del paciente, observándose trombosis de vena porta y vena mesentérica superior, las cuales se resolvieron a base de anticoagulantes.

TC-169

HEMANGIOMA HEPÁTICO VS HEPATOCARCINOMA NODULAR. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Farías MFV, Castañeda RRAE. Hospital Ángeles, MOCEL. México, D.F.

Se trata de paciente femenina de 72 años de edad la cual no cuenta con antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento actual en febrero del 2003, al presentar dolor abdominal de una intensidad 9-10, generalizado y posteriormente en hipocondrio derecho, acompañado de fiebre cuantificada en 39° C. sin presencia de algún fenómeno que lo aumente o lo modifique. A la exploración física paciente femenina consciente, tranquila, orientada, con fascies de dolor, buena hidratación, buena coloración de tegumentos. Cardiorespiratorio sin anomalías, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho con Murphy positivo, presencia de hepatomegalia de aproximadamente 8 cm del borde costal, así como la presencia de tumoración en esta misma región no desplazable, peristalsis presente, no datos de irritación peritoneal, laboratorialmente: Hb 9.5, Hto 28.5, Leuc. 7,600, Bandas 0. Gluc 85. B. Ind. .41. B. Dir. .88. TGO 72, TGP 45, GGT 244, USG, reporta imagen en hígado compatible con absceso hepático amibiano por lo que se da tratamiento médico y se programa para drenaje del mismo. Horas más tarde se intensifica el dolor localizado en hipocondrio derecho y se decide intervención por laparoscopia para drenaje de absceso, encontrando a la entrada del laparoscopio abundante sangre y se decide realizar laparotomía exploradora, encontrando tumoración hepática, con sangrado profuso, la cual abarca los segmentos 5, 6, 7, 8. Por lo que se decide realizar colecistectomía y trisegmentectomía, y hemostasia con láser de argón, reportando en el estudio trans-operatorio de patología dilatación de vasos tortuosos compatible con hemangioma hepático. Se procede resección de ganglio cístico. Dos días después de postoperatorio reporte definitivo de patología es de: hepatocarcinoma nodular, hepatitis crónica, vesícula biliar con inflamación crónica, ganglio cístico con hiperplasia linforreticular. La paciente egresa del hospital a la semana de estancia hospitalaria y se lleva control actual por la consulta externa.

TC-170

TIFLITIS SIN QUIMIOTERAPIA

Romero T, Caballero C, Arreola R, Blanco R. Departamentos de Cirugía, Imagenología y Patología, del Hospital de Especialidades del CMN SXXI – IMSS, México, D.F.

La tifilitis es una condición clínico patológica caracterizada por un proceso intraabdominal séptico o inflamatorio en pacientes con padecimientos hematológicos malignos o aquellos que muestran neutropenia por otras razones. Describo por vez primera en 1933 por Cooke quien describió la presencia de hemorragia submucosa y perforación del apéndice en niños con leucemia. Más bien que ser

una enfermedad específica representa un síndrome de cambios patológicos que tienen predisposición por el ileón terminal, el apéndice y el ciego por lo que también se le conoce como enterocolitis neutropénica. La neutropenia es el factor determinante del riesgo y ésta suele ser menor de 500/mm³ los síntomas no son específicos, pero predomina la náusea, el dolor abdominal y la distensión. Puede haber fiebre, resistencia en la fosa iliaca derecha y de manera peritonitis local o generalizada, puede tocarse una masa la cual traduce un ciego engrosado, dilatado y lleno de líquido. La radiografía puede mostrar datos de oclusión a nivel del intestino delgado distal, una masa en fosa iliaca derecha, impresiones digitales, demostrar perforación intestinal, el USG demostrará una masa redondeada con ecos centrales o colecciones pericálicas, la TAC es más demostrativa para el engrosamiento del ciego. El tratamiento es controversial, la morbilidad y la mortalidad es elevada en caso de optarse por cirugía por lo que el manejo conservador puede ser una buena opción en muchos casos. Una vez que se decide operar la hemicolectomía derecha es la cirugía de elección, la apendicitomía o la cecostomía suelen ser inadecuadas. La decisión de hacer anastomosis o exteriorizar el intestino depende del cirujano al momento de la operación siguiendo los principios quirúrgicos básicos. Reportamos el caso de un paciente de 47 años con el diagnóstico de síndrome mielodisplásico, el cual ingresa al servicio de admisión continua con cuadro de 24 hrs. de evolución con dolor en fosa iliaca derecha, psoas, Mac Burney, Von Blumberg positivo, con Hb de 7 g/dl, leucos de 1,300 con 50% de neutrófilos y plaquetas de 22,000. Se tomaron PSA y TAC la cual mostró datos compatibles con un plastrón en FID, (se muestran en el cartel los cortes) por lo que se decide someter a cirugía con diagnóstico de abdomen agudo probable apendicitis complicada encontrando un ciego con engrosamiento de la pared hasta de 4 cm, dilatado y con hemorragia, por lo que se decide realizar hemicolectomía derecha con ileo transverso anastomosis, el reporte de patología fue de enterocolitis neutropénica (se muestran fotos de la pieza macro y microfotografías con ausencia de células malignas). La evolución fue satisfactoria, se utilizaron hemoderivados y antibióticos y egresó al 7º día de postoperatorio a su domicilio.

TC-171

TORSIÓN PRIMARIA DE EPIPLÓN: REPORTE DE CASO

Pérez GR, Meza SJC, Silva AAI, Ibarra VR, Villanueva HJA, Rovelo LJE, Hernández CAL. Hospital Juárez de México

Introducción: La torsión de epiplón primaria es la rotación de segmento de omento mayor, desconocida, no relacionada con proceso inflamatorio. La secundaria se debe a adherencias, quistes epiploico y tumores, afecta el lado derecho más que el izquierdo y la torsión suele ocurrir alrededor de dos puntos fijos. El paciente presenta síntomas y signos que sugieren apendicitis, colecistitis aguda o torsión de quiste ovárico. El diagnóstico suele establecerse mediante laparotomía exploradora. **Caso clínico:** Femenino de 24 años de la Ciudad de México, estudiante, presentando cuadro de 24 horas de evolución con dolor abdominal cólico en fosa iliaca derecha, náusea, vómito, manejada con AINES sin mostrar mejoría. Se encuentra abdomen distendido, resistencia involuntaria, hiperestesia hiperbaralgésia, dolor a la palpación de cuadrante inferior derecho con plastrón palpable de 15 cm, peristalsis disminuida. Se realizó laparotomía encontrando torsión de epiplón mayor de 1x1x1.5 cm, con extremo distal necrótico y hemorrágico, realizándose resección del segmento afectado. Reporte definitivo: Torsión de epiplón con necrosis en extremo distal. **Comentario:** La torsión de epiplón es extremadamente rara. No se ha determinado su patogénesis, postulándose que la mitad derecha del omento mayor es más largo y móvil que el lado izquierdo, haciéndolo propenso a torsión. Se han implicado otros factores como obesidad y cambio brusco de posición. El borde comúnmente afectado es el derecho, originando dolor en cuadrante inferior. El cuadro es indistinguible de apendicitis aguda, y el diagnóstico se realiza en el transoperatorio. El tratamiento de esta patología es quirúrgico, con pronóstico excelente y recuperación completa.

TC-172

OBSTRUCCIÓN DE INTESTINO DELGADO EN UN PACIENTE GERIÁTRICO OCASIONADO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL

Rovelo LJE, Villanueva HJA, Meza SJC, Badillo BA, Chon AF. Hospital Juárez de México

Introducción: El divertículo de Meckel es considerado la alteración congénita gastrointestinal más frecuente, generalmente se manifiesta como perforación intestinal, hemorragia y rara vez como obstrucción. El divertículo de Meckel es raramente sospechada en pacientes geriátricos, siendo una entidad con baja frecuencia, con una variedad de síndromes clínicos o como hallazgo quirúrgico. **Caso clínico:** Femenino de 87 años que presentó cuadro de 2 días con constipación y dolor abdominal tipo cólico, fiebre de hasta 39°C, manejada con AINES sin mejoría. Se encontró con abdomen distendido, defensa muscular, dolor a la descompresión abdominal presente, no se encontraron signos apendiculares. Placa simple de abdomen con distensión de asas intestinales y niveles hidroaéreos. Se realizó laparotomía encontrando a 50 cm de válvula ileocecal un divertículo de 6x3x3 cm, hiperémico, edematoso y con punta necrótica perforada. Se realizó resección intestinal del segmento con enter-entero anastomosis término-terminal. Reporte definitivo: intestino delgado con datos de isquemia ulcerada y hemorragia reciente, con formación de divertículo verdadero perforado con enterolito en su interior. **Comentario:** El diagnóstico de abdomen agudo en adultos mayores representa un reto constante, sin embargo no es frecuente que la causa se deba a divertículos de intestino delgado, destacando como causas más comunes apendicitis del anciano, válvulo de colon, y perforación de víscera hueca, además de complicaciones de la enfermedad diverticular del colon tales como diverticulitis, hemorragia y perforación. El manejo del divertículo de Meckel deberá ser la resección del segmento afectado con anastomosis primaria.

TC-173

QUISTE HIDATÍDICO ESPLÉNICO: REPORTE DE UN CASO

Meza SJC, Villanueva HJA, Guerrero TA, Rovelo LJE, Núñez TL, Hernández CAL. Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad hidatídica causada por *Equinococcus granulosus* es un problema de salud pública donde se crían borregos y ganado, Turquía en Medio Oriente, Nueva Zelanda y Australia y también en países de Sudamérica. El hígado es el órgano más afectado, seguido por pulmón y bazo; el quiste hidatídico esplénico corresponde sólo al 5% de los casos. Generalmente los pacientes no desarrollan sintomatología, los quistes largos pueden ser dolorosos, se llegan a infectar o pueden romperse a cavidad abdominal.

Caso clínico: Masculino de 23 años de la Ciudad de Oaxaca, ingeniero agrónomo, desde hace 6 años con plenitud postprandial inmediata, dolor cólico en abdomen, exacerbándose la sintomatología 4 meses previos a su ingreso. A la exploración se encontró un tumor en cuadrante superior izquierdo de 6x8x11 cm, móvil, consistencia blanda, bordes bien definidos, doloroso a la palpación. ELISA positivo para equinococo. TAC: bazo con tumor homogéneo hipodenso, bordes regulares definidos, de 23 UH, no reforzaba con el medio de contraste, dimensiones 15x10x12 cm, ocupando espacio retrográtrico comprimiendo y desplazando el estómago. Laparotomía: bazo con adherencias, con lesión quística 15 cm de diámetro abarcando el 90% de la víscera, se realizó esplenectomía. **Comentario:** El diagnóstico de quiste hidatídico en áreas no endémicas es difícil, la serología es positiva en un 80% de los casos. La cistectomía parcial o total con o sin drenaje y omentopexia son la cirugía de elección, con una morbilidad del 21% y mortalidad del 7%; para la hidatidosis esplénica, se deberá realizar esplenectomía.

TC-174

LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD DE BOLEONIA DURANTE EL RENACIMIENTO

Trabajos en Cartel

Romero-Huesca A, Ramírez-Bollas J, Ponce-Landín FJ. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, UNAM. Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 30 del IMSS. México, D.F.

Una universidad italiana tenía un mínimo de seis a ocho profesores enseñando derecho civil, derecho canónico, medicina, lógica, filosofía natural, y usualmente retórica. Italia tuvo diecisésis universidades entre el año 1400 y 1601, Bolonia fue la primera. Bolonia compitió con París por el honor de ser la primera universidad europea. La decisión del ayuntamiento de arrebatar el control de la universidad a los estudiantes pagando a los profesores fue, probablemente, la decisión más importante en la historia temprana de las universidades italianas. En 1370-1371 había 11 profesores de derecho civil, siete de derecho canónico, tres de medicina teórica, dos de medicina práctica (especificaciones de diagnóstico y tratamiento), un profesor de cirugía y uno que enseñaba medicina y filosofía natural. En 1388-1389 había 15 profesores de derecho canónico, 18 para derecho civil, 16 para medicina y cirugía, cinco filósofos naturales. Bolonia incluía 47 juristas y 53 profesores en artes y medicina. La facultad de artes y medicina tenía aproximadamente 18 profesores de medicina teórica, cinco de medicina práctica y cinco de cirugía. Gaspare Tagliacozzi obtuvo su grado en medicina en Bolonia en 1570, fue un pionero de la cirugía plástica reconstructiva. Bolonia confirió un gran número de títulos en el siglo XVI. Nicolás Copérnico estudió leyes y astrología en Bolonia. En el siglo XVI, Bolonia tenía el número más grande de profesores y probablemente el más grande de estudiantes entre las universidades italianas.

TC-175

EL CURRICULUM DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD DE PADUA DURANTE EL RENACIMIENTO Y SUS GRANDES CIRUJANOS

Romero-Huesca A, Ramírez-Bollas J, Ponce-Landín FJ, Soto-Miranda MA, Valenzuela-Salazar C. Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, UNAM. Servicio de Cirugía General del Hospital General de Zona No. 30 del IMSS. México, D.F.

La Universidad de Padua fue fundada en 1222 como una asociación de estudiantes y maestros que emigraron de Bolonia. En 1346 Clemente VI otorga una bula que autoriza un studium generale para enseñar Leyes, Artes (las artes sermocinales: gramática, retórica y dialéctica) y Medicina; en 1363 Urbano V autoriza la enseñanza de Teología. En 1405 la República de Venecia conquista Padua y la anexa a su territorio. El senado veneciano comenzó a pagar a los profesores de la universidad e impulsó su desarrollo mediante la contratación de profesores de renombre pagando atractivos estipendios que atrajo a un gran número de estudiantes del territorio italiano y ultramontanos. El currículum de medicina fue heredero del conocimiento médico medieval basado en la medicina grecolatina y árabe. Comprendía un periodo de cuatro años con las cátedras de medicina teórica, medicina práctica, y cirugía durante el siglo XV y a partir del XVI se agregan anatomía y cirugía, medicina clínica, filosofía natural y botánica médica. Los textos utilizados fueron los principales de Galeno, Avicena e Hipócrates. Varios personajes de la cultura universal obtuvieron sus grados en esta universidad destacando: Francisco Guicciardini, Giovanni Pico della Mirandola, Torquato Tasso, Nicolás Copérnico, y los Papas Eugenio IV y Sixto IV. Los estudiantes egresados y sus profesores se distinguieron por una vasta producción literaria producto de sus investigaciones originales que dieron un gran impulso a la anatomía, cirugía fisiología y patología. Algunas de sus obras son consideradas de gran valor científico en la actualidad y de las más importantes en la historia de la medicina. El siglo XVI fue de gran esplendor para la cirugía y anatomía en universidad gracias a las investigaciones de Gabrielle Zerbi, Alessandro Benedetti, Gabrielle Fallopio, Gerolamo Fabrizio D'aquapendente, y su figura máxima: Andrés Vesalio cuyas investigaciones dan origen a De humani corporis fabrica. En el siglo XVII destacan Miguel Servet y William Harvey cuyas investigaciones en esta universidad dan origen a su obra magna Exertatio anatomica, de motu cordis et sanguinis, animalibus. En el siglo XVIII destaca Giovanni Battista Morgagni que publica su obra: De sedibus et cau-

sis morborum per anatomen indagatis y en el siglo XIX destaca Antonio Scarpa. El currículum de las universidades italianas influyó de manera determinante en la enseñanza de las universidades novohispanas.

TC-176

CUCI EN LA TOTALIDAD DEL ÍLEON

Ramírez-Bollas J, Velázquez-García J, Romero-Huesca A, Albores-Zúñiga O, Lavín-Lozano A, Sánchez-Aguilar H, Segovia-Cuevas G. Hospital de Especialidades del CMN "La Raza", IMSS. México, D.F.

Masculino de 52 años ingresa a Gastroenterología con padecimiento 10 meses, con dolor abdominal generalizado, distensión, diarrea intermitente cada 10-15 días con duración de 1-2 días por episodio, características líquidas sin moco ni sangre, pérdida de peso de 4 kg en 4 meses. Antecedente de resección intestinal hace 15 años, por proceso inflamatorio intestinal, no conoce reporte de patología. Su cuadro se agudizó 3 semanas antes de su internamiento, de acuerdo a los datos clínicos y radiológicos se concluye Enfermedad de Crohn, iniciando manejo médico; se realiza colonoscopia con toma de biopsia. Presenta imposibilidad para canalizar gases, y tres días previos a su intervención quirúrgica alzas térmicas por la cual se solicita interconsulta por oclusión intestinal. Durante la cirugía se encuentra conglomerado de asas de íleon y colon ascendente, múltiples fistulas y adherencias firmes y laxas a pared e interasa, colecciones tabicadas de aspecto citrino (aproximadamente 2,000 ml) no es posible determinar la longitud del segmento resecado que comprende la totalidad del íleon y colon ascendente, a una distancia de 100 cm del ángulo de Treitz, realizándose yeyunostomía mas fistula mucosa de transverso. El paciente es manejado por Nutrición Artificial, sin embargo, presenta desnutrición protéico-calórica por gastos elevados de yeyunostomía; se decide reconexión temprana, con adecuada evolución postoperatoria. Reporte de biopsia de enfermedad inflamatoria tipo CUCI, de actividad leve, no concluyentes con Enfermedad de Crohn. El reporte definitivo de la pieza quirúrgica refiere CUCI con actividad leve localizado en íleon, sin embargo no es posible descartar Enfermedad de Crohn. **Conclusión:** La Colitis Ulcerativa tiene predilección por la mucosa del colon y recto, rara vez afecta la mucosa del íleon terminal en su porción más cercana a la válvula ileocecal, sin embargo la Enfermedad de Crohn afecta cualquier segmento del tubo digestivo. En fases crónicas del Crohn la ulceración compromete el total de la pared intestinal, con engrosamiento de la misma, de aspecto fibroso y no distensible, causando síntomas de oclusión, el mesenterio así como los ganglios vecinos se encuentran engrosados, la serosa también está engrosada y da un aspecto de "envoltura grasa" de la pared intestinal, en el CUCI la luz intestinal es de calibre normal, con inflamación grave de la mucosa con un mesenterio normal.

TC-177

SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR O ENFERMEDAD DE WILKIE. REPORTE DE CASO

Ramírez-Bollas J, Orozco-Cadena G, Romero-Huesca A, Albores-Zúñiga O, Lavín-Lozano A, Sánchez-Aguilar H. Hospital de Especialidades del CMN "La Raza", IMSS. México, D.F.

Femenino de 26 años que tiene antecedentes de ser intervenida por cuadro abdominal agudo con reporte de salpingitis izquierda y absceso pélvico, realizando lavado mecánico y apendicectomía incidental, con evolución tórpida es intervenido 72 hrs. posteriores por perforación colónica, realizando cierre tipo Pouchet. Es enviada a esta unidad donde es intervenido para drenaje de colecciones intraabdominales. La paciente evoluciona lentamente a la mejoría egresándose sin complicaciones. En la consulta externa es manejada por cuadro de enfermedad ácida péptica con bloqueadores H2 y prokinéticos. Reingresa al servicio de cirugía 5 meses posteriores por presentar cuadro de dolor abdominal, náusea, vómito, fiebre y pérdida ponderal de 10 kg. Inicialmente es ingresada por cuadro de oclusión intestinal, el cual se resuelve con manejo conservador, se rea-

Trabajos en Cartel

lizan estudios de gabinete SEGD: hallazgos compatibles con obstrucción extrínseca de la tercera porción duodenal a descartar pinza de la arteria mesentérica, malrotación intestinal vs Banda de Ladd. Divertículo duodenal y estómago retenciónista secundario. La endoscopia no es concluyente y sólo reporta gastropatía crónica activa, sin evidencia de estenosis prepilórica, pilórica o duodenal. El USG Doppler con reporte de ángulo mesentérico de 17°, concluyente para pinza mesentérica. La paciente se ingresa al servicio de Nutrición artificial para recibir NPT preoperatoria ya que cuenta con desnutrición G III (Peso de 30 kg). Programada inicialmente para procedimiento de Low, pero por múltiples adherencias por cirugía previa se decide únicamente duodeno-yejuno anastomosis latero-lateral. La paciente evoluciona en forma satisfactoria y se egresa del servicio. **Conclusión:** El Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior también llamado Enfermedad de Wilkie o Pinza Mesentérica Superior consiste en la obstrucción duodenal por dicha arteria a nivel de la tercera porción; la causa de la enfermedad se debe a la disminución del ángulo entre la arteria mesentérica superior y la aorta, al nacimiento anómalo de esta arteria o al acortamiento del ligamento de Treitz. Es más frecuente en mujeres entre 10 a 39 años. Se ha propuesto como terapéutica quirúrgica la Operación de Strong que consiste en sección del ligamento de Treitz y movilización amplia del duodeno para despegar la pinza, el procedimiento de Low que consiste en lisis del ligamento de Treitz y duodeno-yejuno anastomosis, también se ha empleado la gastro-yejuno anastomosis.

TC-178

SÍNDROME DE MAFFUCCI. REPORTE DE CASOS

Ramírez-Bollas J, Padilla-Rosciano A, Romero-Huesca A, Lavín-Lozano A, Medina-Castro JM, Dubón-García E, Turcios-Cadenas E, Albores-Zúñiga O. Servicio de Piel y Partes Blandas del Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F.

El Síndrome de Maffucci fue descrito en 1881 como una enfermedad caracterizada por encondromatosis múltiple asociada a hemangiomas de tejidos blandos, es una enfermedad congénita, sin una historia familiar, presente en niños y adolescentes. Los condrosarcomas tienen antecedentes de lesiones benignas en un 10% de los casos, sin embargo, cuando se asocian a patologías como Síndrome de Maffucci o Enfermedad de Ollier (encondromatosis múltiple) estas lesiones pueden tener un 20 al 100% de transformación maligna y alto potencial metastásico. **Caso 1.** Femenino de 33 años. Inició con múltiples nódulos de predominio en miembros superiores. A la exploración, deformidad articular y nódulos en manos, de consistencia dura y blanda, móviles, se realiza legrado óseo y colocación de viruta ósea en segundo y cuarto dedos de mano izquierda (encondromas y células atípicas asociadas con hemangioma esclerosante), se concluye Síndrome de Maffucci. Posteriormente, excisión de nódulos subcutáneos en extremidades superiores (hemangioma capilar), excisión de nódulos en ambas manos e hipocondrio derecho (encondromas lesiones de mano izquierda e hipocondrio, hemangioma en mano derecha). Desarticulación del segundo dedo a nivel metacarpo-falángica de mano izquierda (condrosarcoma). Actualmente en vigilancia. **Caso 2.** Femenino de 26 años. Antecedente de tumor abdominal, exostosis, nódulos subcutáneos y nódulo en mama derecho. A la exploración, tumor en mama derecha, exostosis de tibia derecha, lesión en muñeca derecha y nódulo tiroideo izquierdo. Se realiza mastectomía simple derecha y disección de axila (fibroadenoma intracanalicular y 14 ganglios negativos). Posteriormente, tiroidectomía izquierda y tumorectomía en muñeca derecha (hiperplasia nodular tiroidea y hemangioma cavernoso). Se reseca lesión en carpo de mano y codo derechos (hemangioma cavernoso y tejido sinovial con fibrosis y encondroma), se concluye Síndrome de Maffucci asociado a tumores mesenquimatosos. Acude posteriormente con tumor abdominal y malas condiciones generales, falleciendo en esta hospitalización. **Conclusión:** El Síndrome de Maffucci que dentro de las encondromatosis se asocia más frecuentemente con transformación maligna y en algunos casos a otras lesiones neoplásicas, tanto benignas como malignas. La metodología diagnóstica incluye la exploración física (diagnóstico clínico),

apoyado de otros estudios de gabinete para valorar la extensión de la enfermedad. Sin embargo, el seguimiento de estos pacientes deberá ser estrecho, aunque no hay nada establecido debido a la poca frecuencia de la enfermedad, éste deberá incluir un examen clínico completo y estudios de gabinete determinados a identificar lesiones en otros órganos de origen mesenquimatoso y extramesenquimatoso. El tratamiento incluye la resección quirúrgica de lesiones con transformación maligna, seguimiento de lesiones vasculares con embolización de las mismas y en caso necesario resección quirúrgica. Para las otras lesiones asociadas al síndrome se deberá establecer la terapia convencional.

TC-179

COLEDOCOLITIASIS EN EL EMBARAZO: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Juárez-Cuahtlapantzi J, Ortega-Martínez H, Reynaga-Morelos D, Rodríguez-Morales JJ. Hospital "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: Los cambios que ocurren durante el embarazo favorecen la formación de cálculos. La incidencia de patología biliar durante el embarazo se ha estimado entre 2 y 4%. La presencia de coledocolitiasis durante el embarazo representa una complicación seria, ya que las patologías asociadas a ésta (pancreatitis, colangitis) lleva a un alta tasa de morbi-mortalidad materno fetal. **Objetivo:** Presentación de una paciente embarazada con coledocolitiasis. **Material y métodos:** Femenino de 39 años de edad, con antecedente de dolor abdominal asociado a la ingesta de colesterolínicos. Portadora de embarazo de 30 SDG. Presenta dolor en hipocondrio derecho, 15 días de evolución, evoluciona con ictericia progresiva, prurito generalizado y vómito. Los laboratorios con hiperbilirrubinemia e hiperoxosfatemia USG de hígado y vía biliar: Colecistitis crónica litiasica y Coledocolitiasis. Se realiza Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía y extracción de litos. Los medicamentos utilizados en el procedimiento son: midazolam, butilhioscina, lidocaína spray. La FCF durante el estudio permaneció entre 140 y 150 latidos/minuto. Se utilizó 3 minutos de fluoroscopia con exposición a 30 mAs. Posterior al procedimiento se observa disminución del nivel de bilirrubinas, desaparición paulatina de los síntomas y permanece sin actividad uterina, FCF entre 140-148. **Resultados:** Se realiza CPRE sin complicación materno-fetal, se extraen 5 litos y se realiza esfinterotomía satisfactoria. **Discusión:** El manejo quirúrgico de la coledocolitiasis durante el embarazo, es un procedimiento que conlleva mayor riesgo al binomio, comparado con el manejo endoscópico. La opción más viable es el manejo endoscópico para la coledocolitiasis y colecistectomía por vía laparoscopia. **Conclusión:** Consideramos que la CPRE y esfinterotomía es el procedimiento de primera elección en el manejo de la Coledocolitiasis en el embarazo, ya que demuestra ser un método seguro y eficaz.

TC-180

RECONSTRUCCIÓN DE VÍA BILIAR POR LESIÓN POST-QUIRÚRGICA EN UNA PACIENTE DE 30 AÑOS. PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN

Reynaga-Morelos D, Soto-Amaro J, González de Cossio CC, Juárez-Cuahtlapantzi J, Rodríguez-Morales JJ. Departamento de Cirugía General. Hospital "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez" ISSSTE. México, D.F.

Introducción: Las diversas indicaciones que existen para efectuar una reintervención en la cirugía biliar pueden observarse aisladas o en combinación y de forma precoz o tardía dentro del curso postoperatorio de la primera intervención. Con frecuencia la lesión yatrógena de la vía biliar se pone de manifiesto después de la operación por el desarrollo progresivo de la ictericia. Puede aparecer desde pocos días después de la intervención hasta varios meses más tarde. **Caso clínico:** Femenino de 30 años. Antecedentes de importancia: PO Colecistectomía hace nueve meses, reoperada por abdomen agudo 3 días posterior a colecistectomía. Acude por presentar

Trabajos en Cartel

ictericia de 9 meses de evolución. Los hallazgos de la CPRE se observa: coléodo solo a 1 cm de duodeno y resto de la vía biliar excluida. En Colangiografía percutánea se observa vía biliar intrahepática dilatada con exclusión de la vía extrahepática. En laboratorio se observa Bilirrubina total de 21.6 BD. 13.7. Se decide la reintervención quirúrgica encontrando una lesión grado III de Bismuth, realizando hepatoeyeyuno anastomosis y "Y" de Roux, además de canalizar el hepático por contrabertura. La evolución de la paciente de forma satisfactoria, con normalización de las cifras de bilirrubina al mes del procedimiento, actualmente la paciente en vigilancia únicamente. **Discusión:** Los resultados de las reparaciones quirúrgicas de las estenosis biliares han mejorado en la última década. La reducción de la mortalidad y un razonable índice del 15% ha sido obtenida en varios centros. La mortalidad ha sido consecuencia de la sepsis y de la reducción de las reservas hepáticas dependientes de la hipertensión portal que sigue a las colangitis mal tratadas. **Conclusión:** La intervención tipo coléodo yeyuno o hepático yeyuno tiene menor índice de mortalidad que la tipo Longmire. La experiencia del cirujano determina de forma preponderante la evolución de la intervención.

TC-181

RESECCIÓN DE HEMANGIOMA CAVERNOso HEPÁTICO GI-GANTE

Morales GLG, Soto DB, Pérez GFA, Luna MJ, Ruiz MJM. Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos. México, D.F.

Paciente masculino de 46 años de edad el cual cuenta con antecedentes de importancia de hipertensión arterial sistémica controlada y funduplicatura convencional 4 años previos al padecimiento actual. Acude a la consulta por presentar, sensación de plenitud, metorismo y dolor intermitente en hipocondrio derecho. Se realizan estudios radiológicos, incluyendo Resonancia Magnética en donde se identifica una imagen circular en los segmentos V, VI y VII con diámetros máximos de 13.5x10 cm en plano axial y 9.5 x 12.3 en plano coronal. Es intervenido de colecistectomía y segmentectomía hepática derecha con resección de la masa con resultado histopatológico de Hemangioma Cavernoso Multicéntrico. El paciente evoluciona satisfactoriamente, se dio de alta a los 5 días, con control postoperatorio a 10 meses con Tomografía computada y Ultrasonido hepático sin evidencia de recurrencia. Se presenta el caso del tratamiento quirúrgico satisfactorio de un hemangioma hepático gigante con resolución de la sintomatología inicial del paciente. Como se reporta en la literatura, la resección es el único tratamiento radical para este tipo de lesiones. Otro tipo de tratamiento como la radioterapia ha reportado disminución del diámetro tumoral en forma anecdótica.

TC-182

LINFOMA PRIMARIO DE ALTO GRADO EN APÉNDICE CECAL, REPORTE DE UN CASO

Morales GLG, Quiroz A, Herrera MH, Reyna AF, Luna MJ. Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos. México, D.F.

Los Linfomas malignos representan tan solo del 1 al 4% de todos los tumores del tracto digestivo siendo el apéndice cecal uno de los lugares menos habituales de presentación. Se trata de paciente masculino de 32 años de edad sin antecedentes de importancia el cual inicia su padecimiento con dolor abdominal intenso de 10 horas de evolución en fossa iliaca derecha con punto de McBurney y signos apendiculares positivos por lo que se programa para apendicitomía. Durante el procedimiento se encontró apéndice cecal necropurulenta de 4 cm de diámetro y 10 cm de largo de aspecto blanquecino indurado, con base amplia aparentemente respetada, se realiza apendicitomía con resección de base del ciego con cierre tipo Parker-Kerr, con postoperatorio satisfactorio dado de alta a los 7 días. Resultado de Patología de Tumoración apendicular compatible con Linfoma Difuso de Células Grandes de Alto Grado en Apéndice Cecal con límite quirúrgico de mucosa de ciego sin tumor. Estirpe B CD20 positivo y CD3

Negativo con reacción cruzada a CD45RO. El paciente ha recibido 5 ciclos de quimioterapia con adecuada tolerancia y sin evidencia hasta el momento de afectación a otros órganos. Se han reportado en la literatura japonesa sólo 16 casos y en la literatura estadounidense sólo 46 casos reportados desde 1898. En este trabajo se describe un caso encontrado en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos en la Ciudad de México.

TC-183

OCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA. REPORTE DE UN CASO

Hernández RD, Melo MC, Morales GG, Bailón UO, Luna MJ. Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX, México, D.F.

La osificación heterotópica o extraosseous calcinosis, como también se le puede llegar a conocer, representa una alteración benigna caracterizada por la formación de nuevo hueso en tejidos que no se osifican bajo condiciones normales. Esta alteración suele ocurrir con relación a eventos traumáticos como cirugía. Presentamos un caso de un masculino de 41 años de edad, con antecedentes de pancreatitis hemorrágica en febrero de 1992 secundaria a alcoholismo con manejo quirúrgico con técnica de abdomen abierto y lavados seriados. Desarrollando cuadros suboclusivos de repetición aproximadamente 20. Inicia con dolor abdominal de tipo cólico con obstipación, agregándose náusea hasta llegar al vómito de contenido intestinal, se diagnostica cuadro de oclusión intestinal con abdomen agudo. Se realiza laparotomía con los siguientes hallazgos: presencia de tejido cartilaginoso y óseo en pared abdominal, epiplón y mesenterio. Asas de intestino delgado con múltiples adherencias y despulimento de las mismas, condicionando salida de material intestinal a cavidad. Se realiza adherenciólisis, resección intestinal y anastomosis término-terminal, resección de tejido óseo y cartilaginoso con colocación de bolsa de Borrás, para manejo con técnica de abdomen abierto y sistema de irrigación succión. Pasa al servicio de UTI. Posteriormente fue manejado con abdomen abierto y cierre tardío con buena evolución postquirúrgica sin requerir alguna otra intervención. La osificación de heridas quirúrgicas, en especial después de laparotomía, es una alteración que puede ocurrir más frecuentemente de lo que imaginamos, y puede ser la causa de dolor crónico en la herida después de cirugía así como de cuadros de oclusión intestinal.

TC-184

PANDIVERTICULITIS COMPLICADA DEL INTESTINO DELGADO, REPORTE DE UN CASO

Morales GLG, Melo MCN, Zavala SGC, Bailón UO, Oropeza MR. Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos. México, D.F.

Paciente masculino 76 años con antecedente hipertensión arterial sistémica, cardiopatía hipertrófica, hiperplasia prostática benigna, Síndrome de Hakim Adams tratado con válvula de derivación lumboperitoneal. Acudió al servicio de urgencias en varias ocasiones durante los últimos 3 años por cuadros de dolor abdominal con evacuaciones diarreicas. Antecedente de hemorragia de tubo digestivo donde se le realizó endoscopia encontrando Hernia hiatal tipo I, Barret de Segmento largo, gastritis erosiva leve en cuerpo y antrum así como úlcera duodenal cicatrizada. Se realizó también colonoscopia encontrando angiodisplasias no sangrantes de colon derecho. Se realizó tránsito intestinal donde se observa Pandiverticulitis del Intestino Delgado sin compromiso del Colon. Acude al servicio de urgencias con dolor abdominal difuso tipo cólico, distensión abdominal e imposibilidad para canalizar gases, las radiografías de urgencias mostraron gran dilatación de asas de delgado con aire libre en placa con rayo horizontal de abdomen, con datos de sepsis abdominal el paciente es intervenido de urgencia corroborando pandiverticulitis exclusiva del intestino delgado desde la 2da porción del duodeno hasta 20 cm antes de la válvula ileocecal con perforación a 50 cm del ligamento de Treitz y peritonitis generalizada. Se realiza resec-

Trabajos en Cartel

ción intestinal de 60 cm de intestino a 30 cm del ligamento de Treitz, el paciente fallece posteriormente en la Unidad de terapia Intensiva por complicaciones secundarias a Choque séptico y disfunción multiorgánica. La pandiverticulitis del Intestino Delgado es una patología extremadamente rara, se revisó la literatura encontrando únicamente reportes de enfermedad diverticular yeyunoileal, en este caso se encontraba comprometido desde duodeno hasta íleon.

TC-185

CORRECCIÓN PROTÉSICA DE HERNIA PARAESOFÁGICA GIANTE POR CIRUGÍA DE INVASIÓN MÍNIMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Pérez GFA, Melo MCN, Mata QC. Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX Picacho. México, D.F.

Tradicionalmente las hernias paraesofágicas gigantes eran corregidas usando técnicas abiertas por abordaje torácico o abdominal presentando alta morbilidad y recuperación lenta. Recientemente el abordaje por invasión mínima se ha establecido como ideal para el manejo quirúrgico para ERGE con la reducción y corrección del defecto herniario. Demostrar que el abordaje por invasión mínima es un método eficaz y seguro para la reparación de hernias paraesofágicas gigantes. Presentamos el caso de un paciente femenino de 75 años de edad con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico y síndrome de Cherry; tratada por dos años con manejo médico a base de prokinéticos, bloqueadores H2 e IBPs sin mejoría. En estudios de gabinete la Tele de tórax mostró contenido abdominal en hemitórax izquierdo. Serie esófago-gastroduodenal: con hernia hialt tipo III que abarca de T7 a T10. Panendoscopia: Unión esófago-gástrica a 29 cm de la arcada dentaria por arriba del hiato esofágico, fija con gran saco herniario, esofagitis grado IV de Savary Miller, esófago corto, gastritis erosiva severa difusa. TAC de Tórax: imagen con ensanchamiento mediastinal dependiente de esófago y estómago con medio de contraste intraluminal desde T7. Se realiza cirugía de invasión mínima con cuatro puertos, uno de 10 mm transumbilical y 3 más de 5 mm en ambos flancos y región subxifoidea. El manejo quirúrgico consistió en reducción de contenido herniario resección del saco y cierre de pilares con cuatro puntos intracorpóreos usando seda 2-0; colocación de malla "DUAL MESH" de 12 x 15 cm colocando la cara porosa hacia diafragma, sobre rafia diafragmática rodeando esófago a manera de "pantalón", fijándose con engrapadora frontal completando el procedimiento con funduplicatura tipo Toupet. El tiempo quirúrgico fue de 120 min, el inicio de la vía oral fue a las 24 hrs con una estancia hospitalaria de 3 días. En la serie esófago-gastroduodenal de control se observó corrección completa de la hernia. Actualmente el paciente se encuentra asintomática. La corrección de hernias diafrágmatiques gigantes por invasión mínima es un método eficaz y seguro con menos complicaciones y con todas las ventajas que implica la cirugía de invasión mínima.

TC-186

QUISTE DE COLÉODOCO TIPO I CON COLEDOCOLITIASIS

Flores CMCD, Gutiérrez VF, Zavala JC, Rodríguez F, Pavón N, Cabañas C, Orea Y, Bravo B, Campos C, Aragón F, Soto D. Hospital General de México O.D.

Antecedentes: La enfermedad quística del coléodoce es un padecimiento poco común, en muchas ocasiones de diagnóstico y tratamiento difícil. Por lo que representa un reto para el cirujano. **Objetivo:** Informar un caso de quiste de coléodoce tipo I con coledocolitiasis. Diagnóstico y manejo quirúrgico. **Informe del caso:** Se trata de paciente femenina de 32 años con diagnóstico clínico y ultrasonográfico de colecistitis crónica litiasica. Se realiza colecistectomía abierta sin complicaciones y 5 días después inicia con fiebre e ictericia. **Resultados:** Se solicita CPRE reportando quiste de coléodoce tipo I con coledocolitiasis múltiple; por lo que se realiza esfinterotomía con extracción de múltiples litos. Un mes después se realiza derivación bilio-entérica. La paciente actualmente con adecuada evolución. **Conclusión:** La enfermedad quística de la vía biliar, es

un padecimiento con difícil diagnóstico y que se debe de tener en cuenta como diagnóstico diferencial en padecimientos comunes como la colecistitis crónica litiasica

TC-187

PLASTÍA INGUINAL EXTRAPARIETAL: EXPERIENCIA DE TRES AÑOS

Zavala JC, Flores A, Jiménez R, Hervert J, Pavón N, Campos C, Flores D, Bravo B, Cabañas C, Orea Y, Soto D. Hospital General de Altotonga, Ver. Hospital General de México O.D.

Antecedentes: La utilización de la plastía inguinal extraparietal no es común, aun cuando es un método sencillo, rápido y con pocas recidivas para el manejo de las hernias inguinales indirectas. **Objetivos:** Reportar la experiencia de tres años en un hospital de segundo nivel, en el manejo de las hernias inguinales indirectas, con la técnica extraparietal. **Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional, realizado en un hospital de segundo nivel de enero del 2001 a febrero del 2004; reportando el número de pacientes intervenidos, porcentaje de éxito, porcentaje de recidivas tempranas y tiempo de cirugía con la utilización de la plastía extraparietal como única técnica de reparación de las hernias inguinales indirectas. **Resultados:** Se estudiaron 60 pacientes, reportando un 95% de éxito (57 pacientes), y 5% de recidivas tempranas. Con un tiempo promedio de 20 minutos.

Conclusiones: La utilización de la plastía extraparietal es una opción útil, con un alto índice de éxito y con tiempo transquirúrgico breve; la cual debe de ser considerada una opción viable para la reparación de las hernias inguinales indirectas.

TC-188

LITIASIS VESICULAR EN NIÑA DE 5 AÑOS. REPORTE DE UN CASO.

Díaz ZJ, Aguirre RR, Colín CJ. Servicio de Cirugía General del Hospital General de Acapulco, Gro.

Antecedentes: La colelitiasis con cuadros de colecistitis, es más frecuente en mujeres sobre todo de más de 12 años, siendo más rara en menores de 5 años atribuyéndose principalmente a enfermedades hemolíticas, indicándose Colecistectomía laparoscopía cuando existe sintomatología. **Objetivo:** Presentación de un caso de litiasis vesicular en niña de 5 años manejada mediante Colecistectomía Laparoscópica. **Informe del caso:** Femenino de 5 años de edad, sin antecedentes de importancia. La cual inicia 3 meses antes con dolor epigástrico e hipocondrio derecho, con náuseas desencadenado por alimentos colecistoquímicos 2 a 3 veces por semana disminuyendo parcialmente con analgésico y antiespasmódicos por lo que se realizan Ultrasonido en el que reportó litio único de 4 mm en vesícula, laboratorios normales, se realizó Colecistectomía por laparoscopia sin complicaciones e inicio de vía oral a las 6 horas y egreso al siguiente día. **Discusión:** La colelitiasis en pediatría es rara atribuyéndose a enfermedades hemolíticas, prematuridad y criptogénica principalmente, en México la primera Colecistectomía Laparoscópica fue en un paciente pediátrico de 9 años 8 meses, en una revisión de 6 años de 2 hospitales de tercer nivel de 20 pacientes sólo 2 tenían menos de 5 años, el método diagnóstico es el ultrasonido y al igual que en adulto la Colecistectomía Laparoscópica se considera el estándar de oro con variación en la colocación de trocares por la anatomía del niño.

TC-189

ENFERMEDAD DE WILKIE. REPORTE DE UN CASO

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

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con obstrucción intestinal alta por pinzamiento vascular del duodeno. **Informe del caso:**

Masculino de 16 años de edad con cuadro de dos años de evolución caracterizado por vómitos hasta 4 veces por día de predominio nocturno, multitratado sin respuesta. Los exámenes de laboratorio normales; una SEGD mostró un aumento de tamaño, duodeno con pérdida de los pliegues de la mucosa así como interrupción brusca del medio de contraste a nivel de la 3^a porción. TAC: arcada duodenal aumentada hasta la unión duodenoyeyunal donde muestra la disminución abrupta del calibre permitiendo paso filiforme del material radioopaco hacia yeyuno. La endoscopia reveló una esofagitis y una imagen pulsátil en la 3^a porción. Se realizó una duodenoyeyunoanastomosis laterolateral con evolución satisfactoria. **Discusión:** El síndrome de compresión duodenal aorto-mesentérica es una enfermedad rara en la cual la Arteria Mesentérica Superior causa subestenosis del duodeno. En la etiología se describen factores congénitos y adquiridos: un ángulo aortomesentérico muy agudo; duodeno transversal fijo en posición alta debido a un ligamento de Treitz corto y curso anómalo de la arteria mesentérica o alguna de sus ramas desplazada hacia abajo y por delante de la columna vertebral, más frecuente en mujeres entre los 10 y 39 años. Los síntomas son inespecíficos e intermitentes, entre los más frecuentes son pérdida de peso, náusea y vómito. El diagnóstico se realiza con angiografía selectiva de la AMS. El tratamiento es quirúrgico realizando una duodenoyeyunoanastomosis laterolateral y en últimos años mediante abordaje laparoscópico.

TC-190

PIOCOLECISTO SECUNDARIO A ABSCESO PERINEFRÍTICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Romero HA, Ruvalcaba-Sánchez R, Soto MMA, Guardado OJ. Hospital General de Zona No. 30 "Iztacalco", México, D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social

E. R. A. 58 años de edad. Femenino Casada Católica. **Antecedentes de importancia:** Diabetes mellitus de 10 años de diagnosticada, tratada con glibenclamida 1-0-1. Hipertensión arterial sistémica de 15 años de diagnosticada, tratada con metoprolol ½ tab. VO c/12hr. Inicia su padecimiento actual hace 3 semanas con disuria, polaquiuria, piso y tenesmo vesicales. Hace 1 semana se agrega dolor en hipocondrio derecho de tipo cólico, irradiado a región subescapular derecha en hemicinturón, acompañado de náuseas y vómito posprandiales e hiporexia. El padecimiento evoluciona en forma progresiva, en especial el dolor. Actualmente con el dolor de intensidad severa. Exploración Física: Somnolencia, orientada, con palidez de tegumentos 3+/4+, con mucosa oral moderadamente hidratada, llenado capilar menor de 3 segundos, con adecuada turgencia cutánea. Ruidos cardíacos de buena intensidad, frecuencia y ritmo, sin fenómenos agregados. Ruidos respiratorios con taquipnea, sin fenómenos agregados. Abdomen con peristalsis disminuida, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy presente, Giordano derecho presente, rebote presente. Extremidades con pulsos de buena intensidad, movilidad y sensibilidad sin alteraciones. Signos Vitales: TA 90/60, FR 24/min, FC 70/min, Temperatura 36º C. US abdominal: con ecos muy brillantes en la pared que sugieren gas en la misma, relacionada a lodos y litos en el interior de la misma. Riñones con nefropatía importante más signos de pielonefritis crónica, sin descartar causa obstructiva baja izquierda con hidronefrosis grado I. La relación del lado derecho es de 1.22, pero muy ecogénico con imágenes ecogénicas que indican cambios cicatrizales. Riñón izquierdo de 1.38. TP 67%, TTP 47/38, Glucosa 294, BUN 47, Urea 111, Cr 2.1, Na 131, K 4.3, Cl 104, Leucocitos 534,000, PVC 9 cmH₂O, uresis 1,550 cc en 24 hrs. Idx: Colecistitis enfisematoso. Se interviene quirúrgicamente, encontrándose los siguientes hallazgos: Material purulento de aproximadamente 500 cc, con salida del mismo a través de fascia de Gerota. Riñón derecho con zonas de licuefacción en el mismo, con medidas aproximadas de 14x8x6. 20/06/04: El paciente evoluciona con mejoría del estado de conciencia. Hemodinámicamente estable y eutérmico. Urexis 1,400 cc en 24 h. Drenaje abdominal derecho 20 ml serohemático. Laboratorios: Hb 8.8, Leucocitos 2224,100, Segmentados 97%, Plaquetas 257,000, Glucemia de 537, Urea 74, Cr 2.6, TP 36%, TTP 42/35, PVC 8.5 cmH₂O, Gasometría arterial con acidosis metabólica compensada: pH 7.24, pCO₂ 16.1, pO₂ 81 mmHg, HCO₃ 7, Beb -17.0, SO₂ 94.3%. 22/06/04: El paciente persiste con mejoría del estado de conciencia, hemodinámicamente estable y eutérmica, uresis de 0.65 cc/kg/h. Drenaje abdominal de 298 cc, serohemático. Balance de líquidos: Ingresos 2,340, egresos 1,960, balance de +380 en 24 hrs. PVC 9.5 cmH₂O, Glucometría capilar 180 mgs, Glucemia central 415 mgs, Leucocitosis de 26,300 con neutrofilia, Hb 9.6, Plaquetas 255.000, Cr 2.7, K 2.7, Cl 120, Na 143, Depuración de creatinina: 3.9 ml. TP 36%, Gasometría arterial, persistiendo acidosis metabólica compensada: pH 7.23, HCO₃ 6.6, pCO₂ 15.4, Beb: -17. 24/06/04: Hemodinámicamente estable y eutérmica, Urexis de 2.6 cc/kg/h. Leucocitos de 7,620, Neu 78.4%, Hb 8.2, Plaquetas de 185,000. TP 48%, TTP 42/35, Glucemia 148, Urea 70, Cr 2.6, Na 139, K 2.3, Cl 110, PVC 8 cmH₂O, Ingreso de líquidos 2,935, Egresos 5,123, balance de -2600 cc. 26/06/04: Hemodinámicamente estable y eutérmica, alerta y orientada. PVC 10 cmH₂O, Glucometría capilar 108 mgs, balance de líquidos: Ingresos 1,935 cc, egresos 5,000 cc, Drenaje de sonda transuretral en 24hr: 4,470 cc.

TC-191

LESIÓN NODULAR GIGANTE PARAHILIAR PULMONAR DE HALLAZGO INCIDENTAL

Melo MCN, Herrera MH, Pérez GF, Morales GLG, Molina R. Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX, México, D.F.

Paciente femenino de 36 años de edad, enviada a tercer nivel por hallazgo incidental de masa parahiliar derecha mediastinal secundaria a contusiones menores torácicas posteriores a accidente automovilístico de 7 días de evolución. A su ingreso refiere dolor torácico y dorsal sin datos de insuficiencia respiratoria encontrando en telerradiografía de tórax con imagen de masa parahiliar derecha de bordes nítidos, TAC de tórax con imagen de lesión circunscrita rodeando bronquio principal derecho de densidades sólidas, broncoscopia con toma de biopsias e informe histológico de alteraciones inflamatorias y cambios reactivos leves negativo a malignidad e inspirometría con FEV1% 85. Se programa para toracotomía exploradora con fines diagnósticos. Los hallazgos transoperatorios demuestran masa de 4 x 4 x 1.5 con antracosis y vascularización, localizada en lóbulo medio e inferior en región hilar sin invasión a bronquio derecho, tomando biopsia inicialmente incisional con reporte transoperatorio de enfermedad linfoide así como biopsia excisional de ganglio parahiliar; se reseca masa en su totalidad sin complicaciones con manejo postoperatorio habitual a base de sellito endopleural el cual es retirado 24 hrs. después. Reporte histopatológico de enfermedad de Castleman hialino vascular, ganglio con hiperplasia mixta y antracosis. **Conclusión:** La enfermedad de Castleman pertenece a las patologías linfoides raras en incidencia, en este caso, a pesar de reportes de resecciones toracoscópicas, se presenta resección abierta por su localización, única y de tipo hialino vascular, siendo ésta la variante más benigna de la enfermedad.

TC-192

REPARACIÓN DE HERNIA GIGANTE POR ABDOMEN ABIERTO 10 AÑOS DESPUÉS. REPORTE DE UN CASO

Melo MCN, Cerecedo RJ, Herrera MH, Sánchez VA, Del Pozzo MA, Oropeza MR, Luna MJ. Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX, México, D.F.

La reparación de las hernias postincisionales gigantes del abdomen, continúan siendo un reto para el cirujano. Presentamos una alternativa de manejo en la reparación tradicional de hernias, en un paciente masculino de 64 años de edad con antecedente de lesión abdominal por proyectil de arma de fuego y portador de hernia paraestomal por ileostomía en hipocondrio izquierdo. Presenta defecto herniario de 40 cm por 40 cm de diámetro secundario a técnica de abdomen abierto por sepsis abdominal. El paciente previa valoración con tránsito intestinal, colon por enema y tomografía axial computada, fue sometido a laparotomía con liberación de adherencias,

resección de tejido cicatrizal de la pared abdominal, resección intestinal de colon descendente por estar atrófico. Se efectuó enteroentero anastomosis mecánica de ileosigmoides y realización de técnica Clotteau Premont con cierre primario de hernia gigante post-tincisional. En la actualidad existe un avance importante en cuanto al manejo de defectos herniarios abdominales gigantes y desafiantes. Gracias a la introducción de materiales protésicos, muchos de éstos tienen resolución exitosa, sin embargo, el presente procedimiento es una alternativa al empleo de mallas en cirugías contaminadas.

TC-193

FÍSTULA ILEOCOLOVESICAL COMPLICADA SECUNDARIA A ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Melo MCN, Pérez GF, Herrera MH, Sánchez RH, Mata QC. Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX. México, D.F.

Dentro de las complicaciones de la enfermedad diverticular la más común de ellas es la fistula colovesical, sin embargo la menos común de ellas es la fistula colointestinal. Presentamos un caso de una fistula complicada con conexión intestinal y vesical de un paciente masculino de 50 años de edad, con los siguientes antecedentes de importancia, HAS larga evolución en tratamiento médico, antecedentes quirúrgicos positivos para hernioplastía inguinal a los 14 años, fractura de cadera hace 16 años, alérgico al yodo, historia de enfermedad diverticular diagnosticada en Sep 03. PA inicia en Sep 03 con aumento de temperatura y sensación de distensión abdominal acompañado de IVU, por USG se detecta tumor vesical y por colonoscopia se encuentra colon redundante y esquistático, diverticulos de colon descendente y sigmoides, fistula colo-vesical a 35 cm del margen anal, Cistograma y cistoscopia muestran orificio fistuloso de 5 mm a nivel de la vejiga entre el fondo y la cúpula vesical. Se decide intervención quirúrgica teniendo como hallazgos fistula de trayecto corto de 1 cm de longitud y con luz de 5 mm que involucra también íleon terminal, se realiza resección intestinal de colon sigmoides, fistulectomía colo-vesical de íleon, coloprocto anastomosis mecánica, cistorrafia. Presenta buena evolución postoperatoria, se egrera al séptimo día tolerando la vía oral.

TC-194

TRAUMATISMO CERRADO DURANTE EL EMBARAZO

Mijangos WF, De la Torre SJM. Hospital General "Xoco". México, D.F.

Antecedentes: Más de la mitad de los casos de traumatismo cerrado durante el embarazo se relacionan con accidentes automovilísticos. La incidencia de lesión traumática esplénica y de hemato-ma retroperitoneal es mayor a causa del aumento del riego vascular del embarazo. **Objetivo:** Reporte de caso de contusión cerrada de tórax y abdomen durante el embarazo. **Informe del caso:** Femenina de 32^a con 30 SDG, arrollada, ingresa con inestabilidad hemodinámica no corregible, datos de hemotorax izquierdo, déficit neurológico, se coloca sonda endopleural con débito de 2,000 cc. LPD positivo, se realiza toracotomía izquierda y LAPE encontrando lesión grado IV de pulmón izquierdo, se coloca punto hemostático con adecuado control, en abdomen lesión grado II de hígado, V de bazo, III de útero, hematoma no evolutivo en zona III. Se realiza rafia hepática, esplenectomía, cesárea y ligadura bilateral de las arterias uterinas. Presenta hemorragia no mecánica a nivel hepático, lecho esplénico se realiza empaquetamiento, 2 días posteriores se reinterviene, sin evidencia de sangrado. **Resultados:** Evolución tendiente a mejorar. Egrera 3 semanas posterior a la cirugía. **Discusión:** ¿Es justificable la cirugía de control de daños en la paciente embarazada? **Conclusiones:** El tratamiento de los traumatismos y choque hemorrágico en la embarazada requiere consideraciones únicas por las alteraciones extensas de la fisiología materna. El entallamiento esplénico y lesión hepática son trastornos únicos del embarazo que requieren control de daños mediante colaboración del cirujano y obstetra.

TC-195

LESIÓN DE ARTERIA CARÓTIDA COMÚN Y DÉFICIT NEUROLÓGICO

Romero LLS, Esperón LI, Trejo SJ. Servicio de Cirugía General. Hospital General "Xoco". México, D.F.

Antecedentes: Las lesiones vasculares son la mayor proporción de lesiones en los traumas penetrantes del cuello. La arteria carótida constituye 5 a 10% de todas las lesiones arteriales. Con mortalidad del 10 y 30% causando déficit neurológico permanente del 40%.

Objetivo: Informar la experiencia de reparación y restablecimiento del flujo anterógrado de AC sin importar el estado neurológico. **Método:** Masculino de 40 años con HPIPC penetrante de cuello en zona II con hematoma evolutivo, sangrado activo, ingurgitación yugular grado III, pupilas anisocóricas (miosis izquierda), Glasgow 8/15. Lesión del 100% de arteria carótida común izquierda, lesión del 80% de vena yugular interna izquierda, lesión del 100% de arteria vertebral izquierda, vaso-vasoanastomosis témino-terminal de arteria carótida común izquierda. Ligadura de yugular interna izquierda. Ligadura de arteria vertebral izquierda. **Resultados:** Evoluciona sin déficit neurológico y como única secuela evidente síndrome de Bernard-Horner entidad que afecta región lateral del bulbo, raíz espinal T2 y fibras postganglionares cervicales superiores secundarias a lesión de arteria carótida. **Discusión:** ¿Cuándo se contraíndica la reparación y restablecimiento del flujo anterógrado? **Conclusiones:**

En los pacientes con déficit neurológico después de lesión de la AC, se encuentra un área de falla eléctrica alrededor de la zona de lesión cerebral irreversible. La restauración de la perfusión hacia esta penumbra isquémica suele corregir la isquemia neuronal y puede mejorar necrológicamente.

TC-196

EMBARAZO ECTÓPICO ROTO, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS SIN MORTALIDAD

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

Antecedentes: El embarazo ectópico roto es una causa de abdomen agudo quirúrgico y de mortalidad en el primer trimestre del embarazo. **Objetivo:** Reportar la experiencia de 10 años en la atención de pacientes con Embarazo Ectópico en un servicio de Urgencias no Gineco-obstétricas, mediante un análisis retro y prospectivo, observacional y descriptivo. **Material y métodos:** Se estudiaron los casos de embarazo ectópico roto atendidos durante 10 años. Se analizó la edad, métodos anticonceptivos empleados, sitio de implantación, pérdida sanguínea, certeza diagnóstica y mortalidad.

Resultados: De 10,367 cirugías urgentes, se operaron 392 casos (3.78%) por diagnóstico de embarazo ectópico roto. 219 usaban algún método anticonceptivo (46 salpingoclásia). La edad promedio fue de 28.2 años (16-41), la mayoría ocurrió en la tercera (188) y en la cuarta (150) décadas de la vida. La certeza diagnóstica preoperatoria fue del 82%. Se encontró embarazo ectópico roto en 352 casos (89%). La implantación más frecuente fue tubaria en el 99%, los restantes fueron: 3 de implantación ovárica y 1 en hígado. La implantación más frecuente fue la tuba derecha (60%). El embarazo ectópico roto se confirmó en el 90%. El hemoperitoneo promedio fue de 1037 ml (15-4,000 ml) y la mortalidad de 0%. **Conclusión:** El diagnóstico de embarazo ectópico roto es una causa importante de mortalidad durante el embarazo, sobre todo si se asocia a retraso diagnóstico y estado de choque, por lo que es indispensable que el equipo quirúrgico esté sensibilizado para la detección oportuna de estos pacientes. El antecedente de salpingoclásia no excluye la posibilidad de embarazo ectópico.

TC-197

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL SARCOMA (EMBRIONARIO) INDIFERENCIADOS DEL HÍGADO EN ADULTOS

Trabajos en Cartel

Rodea RH, Barrera RFJ, López LJ, Athié GC. Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General de México OD. Ciudad de México

Antecedentes: El Sarcoma (embrionario) Indiferenciado del Hígado (SIH) sólo se ha reportado internacionalmente en menos de 20 casos en adultos. **Objetivo:** Reportar un el primer caso operado en Hospital General de México con éxito quirúrgico. **Informe del caso:** Mujer de 35 años con tumoración abdominal progresiva, dolorosa, con plenitud postprandial y pérdida de peso de 5 kg de 2 meses de evolución. Ingresó por abdomen agudo y tumor intraperitoneal. La TAC del abdomen mostró un tumor dependiente del lóbulo izquierdo del hígado con densidades heterogéneas. Se le realizó hepatectomía izquierda más colecistectomía (dimensiones tumorales de 27x15x15 cm). **Resultado:** Su evolución postoperatoria fue satisfactoria y egresó al sexto día, sin embargo falleció a los 6 meses por actividad tumoral. El reporte patológico demostró una neoplasia compuesta de células mesenquimatosas con características de malignidad sin diferenciación específica y de forma y tamaño variables. La inmunohistoquímica reportó células neoplásicas positivas a vimentina. **Discusión:** En 1978 Stocker e Ishak lo nombraron SIH aunque también es referido como mesenquimoma maligno, fibromiosarcoma y sarcoma mesenquimatoso. Este tumor se presenta en el 88% en menores de 15 años. En adultos son muy pocos los casos reportados a nivel mundial. La sintomatología es de corta duración, caracterizada por tumoración abdominal, con dolor inespecífico, acompañado de pérdida de peso, plenitud postprandial, ictericia y abdomen agudo. El diagnóstico se realiza solamente por estudio patológico asistido por inmunohistoquímica. El tumor es generalmente muy grande. La histoquímica refleja el origen mesenquimatoso inespecífico del tumor. **Conclusión:** El tratamiento del SIH es quirúrgico generalmente con fines paliativos y con pocos meses de sobrevida.

TC-198

EXPERIENCIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL GLOMUS CAROTÍDEO EN EL CENTRO MÉDICO ISSEMYM

Luna-Martínez E, Ramírez-Gutiérrez O. Servicio de Cirugía General y Oncológica, Centro Médico ISSEMYM, Edo. de México, México

Introducción: Los paragangliomas son tumores del cuerpo carotídeo, cuyas células derivan del sistema extraadrenal cromafín. Reciben diversos nombres: glomus, quemodectomas y paragangliomas cromafínes. Se observan en pacientes que habitan regiones de elevada altitud. La mayoría son lesiones benignas y su tratamiento es quirúrgico. **Objetivo:** Informar nuestra experiencia en siete pacientes operados con Diagnóstico de Glomus Carotídeo. **Material y métodos:** Se estudiaron y operaron a pacientes con tumoración cervical quien en base a ultrasonido cervical, arteriografía y resonancia magnética se determinó que eran portadores de Glomus Carotídeo. Ningún paciente tenía antecedentes familiares. **Resultados:** Se estudiaron en total a 7 pacientes con edades entre 58-77 años, con un promedio de edad de 64.8. Los cuales se operaron en un periodo de julio del 2003 a marzo del 2004. Las siete fueron del sexo femenino (100%). El lado afectado fue izquierdo en 4 casos (57.4%) y 3 del lado derecho (46.6%). Los hallazgos fueron 6 (85.7%) pacientes con tumores grado 2 de Shamblin y uno grado 3 (14.3%). A esta última se le hizo sección de carótida común y de nervio vago izquierdos. La pérdida de sangre promedio fue de 430 cc. El tiempo quirúrgico promedio fue de 4 hrs. Una paciente tuvo secuelas neurológicas (14.3%) las cuales se encuentran bajo terapia de rehabilitación. Dos (28.5%) pacientes presentaron parálisis de cuerda vocal izquierda detectadas durante el seguimiento postquirúrgico y en resolución con tratamiento médico. El promedio de estancia intrahospitalaria fue de 6 días. El reporte histopatológico fue tumor Glómico sin invasión a cápsula en los 7 casos (100%) y en dos de ellos con hiperplasia linfoides (28.5%). Ningún paciente recibió embolización preoperatoria. No hubo mortalidad. **Discusión:** Los tumores del cuerpo carotídeo son lesiones poco comunes; predominan en sexo femenino. La angiografía es el estándar de oro en el diagnóstico y en algunos casos se acompaña de embolización. Su tratamiento es quirúrgico y

puede ser realizado con mínima morbilidad. **Conclusiones:** A pesar de ser una serie pequeña, en nuestra institución se demuestra el abordaje diagnóstico, la utilidad de la cirugía y la nula mortalidad del procedimiento.

TC-199

ANEURISMA DE LA ARTERIA HEPÁTICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Niño SJ, Tanus HJ, Garduño LVM, Blanco BR. Hospital de Especialidades, Servicios de Gastrocirugía y Radiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Antecedentes: El aneurisma es la afección quirúrgica más frecuente de la arteria hepática. La etiología es diversa, pudiendo ser ateroesclerótico, micótico, traumático, inflamatorio secundario a pancreatitis. Generalmente son asintomáticos, pero pueden tener síntomas vagos en cuadrante superior derecho del abdomen. Cuando se presentan en forma aguda puede haber choque por ruptura del aneurisma en cavidad peritoneal, hemobilia si existe ruptura intrahepática a vías biliares, o hemorragia de tubo digestivo masiva si perfora estómago o duodeno. La TAC dinámica, la RMN o la ecografía pueden sugerir el diagnóstico; la arteriografía establece el diagnóstico y localiza el aneurisma. El manejo puede ser desde embolización, prótesis vasculares, ligadura proximal de la arteria o resección hepática. **Informe del caso:** Hombre de 53 años de edad, quien presenta ictericia conjuntival de un mes de evolución, acolia y coluria. Es estudiado con Ultrasonido en tiempo real, color y Doppler Duplex, encontrando Lesión Quística anecoica en hilus hepático que con el Doppler presenta datos de comportamiento vascular de tipo arterial, compatibles con Aneurisma de la Arteria Hepática que obstruye el colédoco y dilata la vía biliar intrahepática, que se corrobora con TAC y Tomografía Helicoidal. Se somete a Laparotomía Exploradora encontrando Aneurisma de Arteria Hepática de 7 cm de diámetro, adherido al colédoco, se realiza colecistectomía y ligadura proximal al aneurisma de la arteria hepática. Evoluciona favorablemente con resolución de la ictericia y al 7º. mes de postoperatorio sus controles ultrasonográficos y tomográficos sin evidencia de aneurisma residual.

TC-200

TRÍADA DE SAINT. REPORTE DE UN CASO

Vargas S, Ceballos A, Medina S, Urbina F, Mejía R. Hospital Ángeles del Pedregal, México, D.F.

Antecedentes: La descripción de la enfermedad diverticular del colon acompañada de colelitasis y hernia hiatal fue hecha en 1951 por el profesor CFM Saint de la Universidad de Capetown, dándole el nombre de tríada de Saint. **Objetivo:** Describir la presentación y evolución de una paciente con tríada de Saint y divertículos yeyunales. **Descripción del caso:** Se trata de paciente femenina de 81 años de edad con cuadro de dolor abdominal crónico y diarrea, de aproximadamente 15 años de evolución bajo tratamiento médico múltiple. Se realiza TAC de abdomen por agravamiento del cuadro encontrando enfermedad diverticular del colon y colelitasis. Se realiza colonoscopia encontrando estenosis de sigma así como enfermedad diverticular por lo que se decide realizar hemicolectomía y colecistectomía. Como hallazgo en el transoperatorio se encuentran divertículos múltiples de yeyuno muy dilatados en una extensión de 40 cm así como hernia hiatal. **Resultados:** Se realizó hemicolectomía, resección de 40 cm de yeyuno y colecistectomía con ambas anastomosis término-terminales. La paciente evolucionó en forma satisfactoria, dando su alta 7 días posteriores a la cirugía sin presentar complicaciones. **Discusión:** Se encontró un caso de tríada de Saint con asociación de divertículos yeyunales, presentes en sólo el 1.3% de la población en forma aislada. Realmente se conoce poco acerca de la fisiopatología de esta tríada, aunque se ha involucrado a la dieta baja en fibra como probable factor contribuyente. **Conclusiones:** La tríada de Saint es una entidad poco frecuente, sin embargo debe reconocerse al encontrar un paciente que cumpla con los criterios de hernia hiatal, colelitasis y divertículos de colon.

TC-201

CIRUGÍA DE INVASIÓN MÍNIMA EN TRAUMA

Ibarrola CJL, Ceballos PA, León MG, Resendiz EM, Nuñez BFJ. Hospital Ángeles del Pedregal México D.F.

Antecedentes: La cirugía de invasión mínima se viene utilizando desde 1963 para trauma abdominal, aunque no se aplica cotidianamente por su costo y el no contar en todos los lugares con los recursos necesarios. **Objetivo:** Valorar la utilidad del abordaje de invasión mínima en trauma penetrante de abdomen y tórax. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 44 años de edad sin antecedentes de importancia el cual presenta caída de motocicleta en pozo de aproximadamente 2 metros de profundidad y sufriendo herida penetrante en flanco izquierdo con varilla de aproximadamente 2 cm de diámetro y con salida en región lumbar izquierda y en región anterior de hemitórax izquierdo. A su ingreso se encuentra con ambas varillas aún en el sitio de las heridas. Hemodinámicamente estable. Se decide realizar laparoscopia diagnóstica y toracoscopia. **Resultados:** La laparoscopia mostró ausencia de lesión a órganos intraabdominales, sin necesidad de realizar otro procedimiento. La toracoscopia mostró hemoneumotórax izquierdo con contusión pulmonar únicamente por lo que se aspiró el hemotorax y se colocó sello de agua para resolver el neumotórax. La evolución posterior es excelente, con alta hospitalaria al sexto día de su ingreso.

Discusión: Este abordaje en trauma está indicado como método diagnóstico y en algunas ocasiones terapéutico, evitando la necesidad de realizar laparotomías o toracotomías, disminuyendo la respuesta metabólica al trauma. **Conclusiones:** El abordaje de invasión mínima en trauma es seguro y nos permite realizar una revisión completa, en pacientes hemodinámicamente estables, ahorrando costos en forma importante así como días de estancia hospitalaria y de incapacidad.

TC-202

FETUS IN FETO, REPORTE DE UN CASO

Suárez FD, Mayagoitia GJC, Palafox ERE. Departamento de Cirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional León. Guanajuato, IMSS

El fetus in fetu (FIF) fue descrito por Meckel en 1800 y detallado por Willis en 1953. Se trata de una tumoración encapsulada, vertebrada y pedunculada que representa la inclusión de un gemelo monocigótico diamniótico de manera endoparasitaria en su hermano durante su desarrollo embrionario, adherido por una anastomosis vascular a la circulación coriónica del huésped, a menudo asociado con el desarrollo de otros órganos alrededor del eje vertebral. Es una patología rara con menos de 90 casos publicados en la literatura, incidencia de 1 por cada 500,000 nacidos vivos. Predominantemente en niñas. El 16.7% de los casos tienen diagnóstico antes del nacimiento. El sexo, grupo sanguíneo y cariotipo son concordantes con el huésped. El diagnóstico diferencial es con un teratoma o un pseudouriquiste de meconio. La TAC a menudo confirma el diagnóstico, el USG ocasionalmente puede identificarlo de manera prenatal. La resección del feto y membranas asociadas es curativa. Se deben descartar elementos inmaduros o malignos por histopatología. Nuestro caso consiste en un RN de sexo femenino de 6 días de vida que cursó embarazo normoevolutivo y que presentaba una tumoración abdominal supraumbilical a nivel cutáneo redondeada, blanda, con presencia de esbozos de extremidades y una disposición cefalocaudal rudimentaria. El USG demostró la presencia de órganos en la tumoración que correspondía a un feto así como anastomosis vasculares con la circulación del huésped y una comunicación hepática franca. Se llevó a cabo una resección exitosa y completa del feto.

TC-203

PANCREATODUODENECTOMÍA + HEMICOLECTOMÍA DERECHA EN CÁNCER DE COLON, REPORTE DE UN CASO

Olivares BJJ, Merino VMD, Gómez HE, Rodríguez HN, Michel DJ, Medina QM, Vázquez JC. Hospital de Especialidades, Servicio de Cirugía General, CMNO, IMSS, Guadalajara, Jal.

Introducción: La invasión a órganos vecinos por cáncer de colon ocurre en 5 al 16%, con mayor frecuencia a órganos pélvicos, la invasión a estructuras como duodeno, páncreas o riñón es más rara y es un gran dilema para el cirujano en cuanto a decisión del manejo. **Objetivo:** Presentación de un paciente con cáncer de colon, con invasión al duodeno. **Material y métodos:** Masculino, 49 años, tres meses de evolución con dolor abdominal en epigastrio y náuseas, automedicado con omeprazol y analgésico. Dos semanas al ingreso con dolor más intenso, aumento del número de evacuaciones. Pérdida de 10 kg. Se realiza SEGD observándose fistula duodenocolónica, endoscopia lo confirma (diámetro de 4 cm), con hiperemia de mucosa duodenal, bordes elevados, de aspecto tumoral, entrando a la luz del colon transverso y tumor primario de éste. Biopsia: adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado. Hb 10.2 gr, leucocitos 5.5, ACE 22 ng/ml. TAC sin metástasis a distancia. Se realiza resección quirúrgica en bloque, pancreatoduodenectomía con hemicolectomía derecha + linfadenectomía. TNM (T4, N3, M0). Buena evolución postquirúrgica, apoyo con NPT, egresado al décimo día. **Conclusiones:** La resección en bloque es una alternativa útil con intento curativo o paliativo, considerando los riesgos que ello implica, sobre todo en la resección de cánceres en lado derecho, con invasión a duodeno o páncreas. La sobrevida reportada en estadio III, es del 40% a 5 años.

TC-204

ABSCESO ESPLÉNICO, POSIBLEMENTE ASOCIADO A PICADURA DE ABEJAS, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Olivares BJ, Cuan OF, Farías LIO, Michel DJ, Medina QM, Muruato OE. Hospital de Especialidades, Servicio de Cirugía General, CMNO, IMSS, Guadalajara, Jal.

Introducción: Absceso esplénico, entidad clínica rara (autopsias 0.14- 0.7%), 500 casos actuales en la literatura, actualmente existe incremento de su presentación; por patologías asociadas e inmunosupresión. Los microorganismos aerobios representan > 80%; el cuadro clínico es inespecífico se caracteriza por fiebre, dolor abdominal, esplenomegalia y leucocitosis, los hemocultivos positivos (80%). La TAC y USG abdominal son de elección para el diagnóstico. **Objetivo:** Presentar un caso de absceso esplénico, sin ningún antecedente o patología de importancia, y su posible asociación con picadura de abejas. **Material y métodos:** Masculino, 50 años, antecedentes: picadura por enjambre de abejas 5 semanas previas, atención en urgencias, sin complicaciones. Diez días posterior al evento cuadro de dolor abdominal en hipocondrio izquierdo, fiebre, ataque al estado general y artralgias. Exploración: Febril, taquicárdico, dolor e irritación peritoneal. Leucocitos 24.7, Hb, 13.2 gr, plaquetas 450 mil. Rx de tórax y abdomen normales, TAC abdomen: lesión hipodensa en bazo, gas y engrosamiento del parénquima. Intervenido con diagnóstico de absceso esplénico, probablemente drenado a cavidad. Hallazgos: absceso esplénico único en polo superior de 6X8 cm, drenado a cavidad, 200 ml de pus, con peritonitis localizada. Se realiza esplenectomía y manejo con antibioticoterapia. Buena evolución. Hemocultivo negativo, cultivo de secreción (enterococo faecium), reacciones febriles negativas, perfil viral y VIH negativos. **Conclusiones:** Sin diagnóstico precoz la mortalidad es del 100%. Tratamiento: punción, drenaje y antibióticos, en casos especiales indicada la esplenectomía. En este caso, el único antecedente es la picadura de abejas. ¿Posible asociación? ¿Evento aislado? Al momento no hay reportes en la literatura.

TC-205

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA (CIECE) DEL INSTITUTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

Juárez MJL, Cataño CR, Tamayo G, Ramírez R. Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma de Cd. Juárez Chih

Trabajos en Cartel

En el 2000 fue inaugurada la Unidad de Cirugía Experimental, del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad Autónoma de Cd. Juárez y su misión es: "Alcanzar y sostener la excelencia académica en el ICB, a través de facilitar el aprendizaje y desarrollo de habilidades y destrezas quirúrgicas de su personal docente y alumnos, así como despegar la investigación en los aspectos quirúrgicos de las ciencias médicas. Ampliar la cobertura académica en los niveles de licenciatura, postgrado y educación quirúrgica continua. Ampliar la vinculación de la UACJ con la actividad profesional médica de la comunidad de tal manera que se convierta en un parte del sustento de su desarrollo y calidad". En esa ocasión se realizó el Taller de Hernias, coordinado por el Dr. Jorge Pérez Castro y el Dr. Samuel Shuchleib Chala, distinguidos Cirujanos de la AMCG y la AMCE, quienes testimonieron la Ceremonia Inaugural. También se han realizado talleres y cursos como el Microcirugía con el Dr. Alberto Chousleib Kalach, entre otros. En ese entonces se contaba con 4 equipos completos e instrumental para Endocirugía, y dos microscopios de pedestal e instrumental para microcirugía, además de Instrumental para cirugía convencional. En un espacio que permite tener 14 mesas de cirugía trabajando simultáneamente, y tres más de microcirugía. En esta unidad se atiende a las licenciaturas de Médico cirujano y Medicina Veterinaria, permitiendo a sus alumnos, convivir, con los investigadores y especialistas, que acuden a los distintos eventos que se realizan, así como a las investigaciones, de cirugía experimental, que se están realizando. A la fecha se han realizado más de 10 eventos internacionales, utilizando circuito cerrado hacia el auditorio, ubicado en una sala anexa. También se ha tenido oportunidad de realizar eventos con sistema de video conferencia, en tiempo real e interactivo, como el curso Inaugural y el de Cirugía Robótica, con el Dr. Adrián Carvajal en agosto del 2003, abierto a través del sistema de Internet II, conque cuenta la UACJ, a todo el mundo, teniendo la oportunidad de escuchar y ver a ponentes localizados en USA, y México. La asociación de Cirujanos Generales de Cd. Juárez, ha realizado un convenio con el CIECE, para utilizar sus instalaciones en forma cotidiana. A partir de pláticas sostenidas con la empresa TYCO, se decidió transformar a la Unidad de Cirugía Experimental, en el "CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA" (CIECE), inaugurándola el mes de julio del 2004, con el curso "Taller Magistral de Cirugía Endoscópica" teniendo como profesor invitado al Dr. Gerard Fromont, Jefe de Cirugía de la Universidad de Lille, atestiguando el acto el Dr. Roberto Bernal Gómez, nuestro actual presidente. El sustento para establecer el CIECE es: La capacidad física, que permite atender a 16 equipos de cirugía endoscópica, simultáneamente, con tres alumnos por mesa (48 cirujanos). El haber completado el equipamiento con 14 sistemas de Endocirugía. Tener un sistema de monitoreo central de cada equipo, para atención personalizada del profesor del curso. Contar con un área de Microcirugía, con 3 microscopios de pedestal, 5 lupas, 5 sistemas de video microcirugía. Contar con 12 simuladores de punciones y suturas endoscópicas. Contar con 6 video simuladores de laparoscopia. Contar con infraestructura para transmisión remota a un auditorio. Contar con sistema de video conferencia, en tiempo real e interactivo, desde la sala de cirugía, a cualquier sitio. Estar ubicado en la Frontera con El Paso TX, USA, que facilita el transporte de alumnos y profesores extranjeros. La Ciudad cuenta con infraestructura Hotelera y de transporte aéreo de excelencia. Contar con el apoyo de la UACJ y el Gobierno Municipal y Estatal. El CIECE, es una aportación a la comunidad quirúrgica local, nacional e internacional, que permitirá la realización de talleres de alto nivel, poniéndose a la disposición de la AMCG y AMCE.

TC-206

QUISTE DE COLÉDOCO GIGANTE TIPO IVB EN EL ADULTO. ALTERNATIVA QUIRÚRGICA

Díaz RM, Méndez C, Galicia VS. Hospital General Regional IMSS No. 36, PUEBLA. CMNNMAC

Antecedentes: Quiste de colédoco es la dilatación congénita del colédoco sin obstrucción mecánica. Se presenta 1 caso en 100,000 a 150,000 habitantes, con una relación hombre mujer de 1:4. De

etiología aún no determinada se habla de teorías: estenosis del coléodo distal, defecto parietal y reflujo pancreático. 70% de los casos se diagnostica entre la infancia y la adolescencia. Alonzo-Lej y Toddani, describen seis tipos: I fusiforme, II diverticular, III coledococele, IV: IVa dilataciones intra-extrahepáticas, IVb extrahepáticas, V enfermedad De Caroli, VI dilatación quística del cístico. La tríada clásica de presentación de dolor, ictericia y masa palpable se presenta en un tercio de los casos, otros síntomas son fiebre, emesis, hepatomegalia, acolia, abdomen agudo en caso de perforación. **Descripción del caso:** Femenino de 17 años de edad, 3 meses de evolución con astenia, adinamia, ictericia silenciosa, ingresa a urgencias por epistaxis. Multitratada por enfermedad ácido péptica desde hace 2 años por presentar dolor abdominal epigástrico ante la ingesta de colecistoquinéticos. Antecedente de haber padecido "hepatitis" a los 9 años. El ultrasonido con hidrocolecolecisto y sugiere la presencia de quiste de coléodo; tomografía que reporta quiste de coléodo que comprime la vía biliar extra hepática, dilatación de vía biliar intrahepática. Se programa derivación bilio-digestiva, observándose quiste firmemente adherido al duodeno se decide realizar WHIPPLE, patología reportó: quiste de coléodo con inflamación aguda, crónica colesterolosis. La evolución satisfactoria. **Conclusión:** Presentamos el presente como alternativa de tratamiento.

TC-207

ABSCESO ESPLÉNICO EN UN PACIENTE DIABÉTICO

Velázquez CJ, Olvera OM. Hospital General de Zihuatanejo. Secretaría de Salud

Las complicaciones infecciosas son frecuentes en el paciente diabético pero en ocasiones se presentan de una forma y una localización poco habitual. En el presente caso el absceso esplénico se presenta como una rara patología quirúrgica. **Caso clínico:** Masculino de 38 años con antecedente de diabetes Mellitus de 9 años de evolución controlado con hipoglucemiantes orales. Inicia su padecimiento en sep. 03 con dolor precordial y torácico izquierdo que se irradia a hipocondrio izquierdo, recibiendo tratamientos no especificados sin mejoría por lo que se traslada a valoración por Cardiólogo sin encontrar patología cardiológica. El dolor se incrementa gradualmente sobre todo en hipocondrio izquierdo por lo que se solicita urografía excretora y ultrasonido de vías urinarias sin resultados positivos por lo que se traslada a la Cd. de Guadalajara siendo atendido nuevamente por Cardiólogo efectuándose laboratorio, rayos X, EKG, Prueba de esfuerzo, ecocardiograma Doppler identificándose solamente hiperglucemia y parálisis de hemidiafragma izquierdo. En el mes de noviembre se agrega fiebre y mal estado general por lo que se efectúa TAC la cual reporta absceso periesplénico con microabscesos intraparenquimatosos y derrame pleural izquierdo. En ese momento se le propuso tratamiento quirúrgico el cual no acepta iniciando tratamiento médico. Acude a esta unidad el 15 de dic. en mal estado general, anémico, con descontrol metabólico y datos de sepsis abdominal motivo por el cual se procede a internar, se pone en condiciones para efectuar laparotomía exploradora la cual se efectúa el 16 de dic. con los siguientes hallazgos: bazo aumentado de vol. (20 cm de diam.) abscedado sellado por hemidiafragma izquierdo involucrando cola de páncreas y desplazando riñón izquierdo efectuándose esplenectomía y pancréatectomía distal evolucionando de manera adecuada presentando como complicación absceso residual el cual se drenó en un segundo acto quirúrgico a las 4 semanas de PO. El estudio histopatológico reportó: Bazo de 500 gr con esplenitis con enfermedad granulomatosa de bazo sugestiva de tuberculosis. Cola de páncreas con peripancreatitis sin alteración del parénquima. El control PO a los 7 meses de PO lo reporta clínicamente normal y metabólicamente controlado. No se detectó BAAR en expectoración y orina.

TC-208

ÍLEO BILIAR COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Santos NRR, Bautista CM. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"

Antecedentes: Bartholín en 1654 reportó el primer caso, y en 1854 la describe Courvoisier por primera vez. Es generalmente una complicación de la colelitiasis, y que provoca obstrucción intestinal en un momento dado; sin embargo su presentación puede ser insidiosa y presentarse con dolor agudo, similando cuadros de apendicitis. El paso del lito es a través de una fistula bilioenterica, hacia duodeno, colon y estómago. Es más frecuente en el sexo femenino en relación 3:1; el diagnóstico suele ser radiológico, demostrado por neumobilia y visibilidad de lito entre las asas con dilatación de las mismas. **Presentación del caso:** Femenino de 76 años de edad, con antecedente de ser portadora de D.M. II, de 10 años de diagnóstico, controlada con glibenclamida, H.A.S. de mismo tiempo de evolución, controlada con captoril, presenta periodos de constipación 1 año previo a su sintomatología, la cual se presentó con dolor abdominal intenso de 24 hrs de evolución, localizado a mesogastrio inicialmente, e irradiado a fosa ilíaca derecha 12 h después, persistiendo el dolor en dicho sitio y aumentando en intensidad, acompañado de náusea, vómito y fiebre de 38 grados, malestar general. A la EF presenta dolor en FID con rebote positivo, peristalsis nula. Los RX mostraron lito localizado en asa intestinal en sitio de Fosa ilíaca derecha, niveles hidroáreos, dilatación de asas proximales al lito. El laboratorio mostró leucocitosis de 15,600, neutrófilos 76, glucosa 189, Na 137, K 4.2. Se ingresa a quirófano con Dx de abdomen agudo, PB ileo biliar vs apendicitis aguda y hallazgos transoperatorios de lito localizado en íleon de 8x7 cm, que ocluía totalmente la luz, a 110cm de la válvula ileocecal, se realiza enterotomía y extracción del lito y enterorrafia, la vesícula con múltiples litos sin datos de fistulización. Su evolución fue buena, con tolerancia adecuada a la vía oral al 3er día y egresada al 5to día postquirúrgico. Control en consulta externa sin complicaciones. **Conclusiones:** Además del cuadro oclusivo que se presenta en el ileo biliar, se convierte en urgencia quirúrgica cuando la oclusión es total y crónica que se agudiza o el cuadro simila patología aguda del apéndice o incluso ginecológica en pacientes del sexo femenino, el visualizar radiológicamente el lito nos da la pauta a considerar el diagnóstico certero.

TC-209

MESOTELIOMA QUÍSTICO BENIGNO DE PARED ABDOMINAL, COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL

Bautista CM, Delgadillo TGH. Hospital de Especialidades Centro Médico "La Raza"

Antecedentes: Los quistes de mesotelio, tipo benigno suelen ser muy raros, y con frecuencia se forman de una comunicación de la pared con la cavidad, y estar conformados por paredes de tejido fibroconectivo inclusivo y líquido ascítico o de diálisis peritoneal en su contenido, se inicia como fistula y posteriormente cierra por sí sola, al formar sus paredes y sellar el peritoneo, puede alcanzar grandes dimensiones en la pared y provocar compresión extrínseca y dolor importante que requiere exploración quirúrgica de urgencia. Su frecuencia aunque rara, es en pacientes con insuficiencia renal, que manejan diálisis peritoneal, o pacientes que por algún tipo de patología presentan ascitis en cavidad, predomina en el sexo femenino 3:1, son más comunes en cavidad abdominal y muy raros en pleural y pared abdominal. **Objetivo:** Identificar de acuerdo a interrogatorio y clínica adecuados este tipo de quiste. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 39 años de edad, con antecedentes de ser portadora de Insuficiencia renal de 12 años de diagnóstico tratada con diálisis peritoneal, con 2 cuadros de peritonitis en intervalo de 2 años cada uno y recambios de catéteres, trasplante renal de cadáver en agosto de 1997 y rechazo agudo al 3er día del postoperatorio por trombosis de la arteria renal y retiro de injerto, reinicia diálisis peritoneal en ese mismo año hasta el momento, y presenta un año después aumento de volumen en la abdomen a nivel del cuadrante inferior derecho, que aumenta paulatinamente y disminuye en forma intermitente, pero con aumento en su volumen, 4 años posteriores presenta dolor continuo, hasta llegar a presentar a su ingreso, dolor intenso en sitio de tumoración e irradiado a todo abdomen, sin reducción de la tumoración, vómito de contenido fecaloide, distensión abdominal, evacuaciones nulas, fiebre de 38 grados y malestar general. A la EF: paciente con fascies renal, mucosas orales deshidratadas,

espas hipoventilados en forma bilateral basal, con tumoración palpable en cuadrante inferior derecho, de 25 x 26 cm sumamente doloroso, no reductible, peristalsis nula, timpanismo. El laboratorio con creatinina de 8.6, urea 110, leucocitos de 14,300, Hb 10.1, neutrofilia. Los Rx mostraron dilatación de delgado y colon ascendente, nulo aire en ampolla rectal. La paciente se ingresó a quirófano con el diagnóstico de hernia de pared abdominal encarcelada. Los hallazgos quirúrgicos a la celiotomía fueron tumor quístico de pared abdominal, de 25 x 26 cm, contenido líquido citrino, y paredes delgadas, sin comunicación a cavidad. **Conclusiones:** El diagnóstico de esta patología es difícil ya que es muy rara, y su presentación confunde el cuadro, y el tratamiento inicial quirúrgico es diferente, con los antecedentes de los pacientes, interrogatorio y revisión clínica adecuadas nos llevan a sospechar el diagnóstico.

TC-210

AIRE LIBRE SUBDIAFRAGMÁTICO ASOCIADO A ABDOMEN AGUDO. CONTROVERSIAS CLÍNICO-RADOLÓGICO-TERAPÉUTICAS

Martínez MJ, Pozos AF, Licona HJC, Hilario RE, Díaz GJ, Uribe JA. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS. México, D.F.

Antecedentes: Abdomen agudo se caracteriza por dolor intenso, inicio súbito, no diagnosticado previamente, evolución corta, menor de 24 a 48 horas, repercusión variable en el estado general, de etiología diversa quirúrgica y no quirúrgica. Aire libre subdiafragmático generalmente indica perforación de víscera hueca. **Objetivo:** presentación de seis casos. Informe: I: Femenino 35 años, SIDA C3, dolor abdominal de 48 horas de evolución, aire libre subdiafragmático. Laparotomía: dos perforaciones de 3 mm, una duodenal y otra ileal. II: Femenino, 52 años, LES. Abdomen agudo de 9 horas de evolución, laboratorio normal. Aire libre subdiafragmático. Remite cuadro doloroso espontáneamente. III: Femenino de 78 años de edad. Dolor abdominal de 18 horas de evolución. Leucocitosis, aire libre subdiafragmático, burbujas en pared intestinal. Laparotomía: neumatosis intestinal. IV: Masculino, 80 años. Dolor abdominal de 24 horas de evolución. Distensión, séptico. Tangencial de abdomen con aire libre. Laparotomía: úlcera gástrica perforada. V: Femenino de 22 años. Quinto día postquirúrgico, cirugía electiva. Asintomático. Telerradiografía de tórax de control con aire libre subdiafragmático. VI: Femenino de 60 años de edad. LES. Dolor abdominal de 4 días de evolución. Laparotomía: serositis. **Resultados:** Dos casos con perforación de víscera hueca que requirieron tratamiento quirúrgico. Todos presentaron aire libre subdiafragmático. **Discusión:** El desconocimiento de los hallazgos radiológicos en estas patologías, puede llevar a realizar laparotomías innecesarias (caso III), a pesar de tener evidencia diagnóstica radiológica preoperatoria. **Conclusiones:** Aire libre subdiafragmático asociado a abdomen agudo no es indicativo de cirugía. Con cuadro clínico-radiológico no concluyente, manejo conservador, valorar según evolución.

TC-211

ENFERMEDAD DE WHIPPLE ASOCIADA A SÍNDROME DE FELTY. UN ENFOQUE DE MANEJO MULTIDIPLINARIO EN EL REPORTE DE UN CASO

Martínez MJ, Hernández CJR, Pozos AF, Uribe JA, Díaz GJ. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS. México, D.F.

Antecedentes: El síndrome de Felty se caracteriza por artritis reumatoide crónica, esplenomegalia y leucopenia (neutropenia selectiva). Se ha propuesto el hiperesplenismo como causa de leucopenia. Son frecuentes las infecciones por grampositivos, pero pueden disminuir después de la esplenectomía, aunque la neutropenia no se modifique. La enfermedad de Whipple es una patología rara, multisistémica, infecciosa y crónica. Suele afectar a hombres blancos jóvenes. Se presenta con fiebre, poliartritis, diarrea, esteatorrea y pérdida de peso. Pudiendo afectar sistema nervioso central, corazón, ganglios linfáticos, bazo, hígado, pulmones, médula ósea y piel. El organismo causal es una bacteria grampospositiva compleja, *Trophery-*

ma whipplei. **Objetivo del estudio:** presentación de un caso. Informe: Paciente femenino de 34 años de edad, con enfermedad de Whipple demostrada por adenomegalia cervical en 2001, mismo año en que se diagnostica síndrome de FELTY. Neumonía en 2003. Esplenomegalia documentada por ultrasonido y TAC, que no remite al tratamiento médico para sus patologías de base. Los últimos cuatro meses con diarrea y pérdida de 10 kg de peso. Laboratorio: hemoglobina de 9.7 gr%, plaquetas de 184,000. Leucocitos de 2230, con 1,605 neutrófilos totales. Se realiza esplenectomía (270204), con un bazo que ocupó 40% de cavidad abdominal. **Resultado:** Esplenomegalia congestiva con hiperplasia focal de nódulos linfoides sin afección por enfermedad de Whipple. **Discusión:** la presencia de dos patologías con afección multisistémica, requieren para ofrecer las mejores opciones terapéuticas, un manejo multidisciplinario. **Conclusiones:** La realización de esplenectomía resuelve parcialmente una patología que tiene tratamiento médico actualmente sin respuesta satisfactoria.

TC-212

QUISTE DE MESENTERIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ortega XS, Martínez MJ, Díaz GJI, Uribe JA, Pérez ALA, Pozos AF, Hernández CJR. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza" IMSS, México, D.F. Hospital General de Zona 57, IMSS, Cuautitlán Izcalli, Estado de México

Antecedentes: Los quistes de mesenterio son lesiones del desarrollo raras, y suelen ser bolsas ectópicas de tejido linfático. Con frecuencia se presenta tumor asintomático, de superficie lisa y que se mueve más en sentido transversal que longitudinal. El ultrasonido, tomografía, estudios contrastados gastrointestinales y orografía excretora, revelan la naturaleza quística y localización del tumor. **Objetivo:** Presentación de un caso. Informe del caso: Femenino de 66 años. Con antecedentes ginecoobstétricos: G:XII P:XII AyC:0. Resto no relacionados o sin importancia para su padecimiento actual. Siete meses de evolución con dolor abdominal en flanco derecho y fosa iliaca derecha, distensión moderada. En la exploración física: tumor palpable de 20x20 cm, desplazable, no doloroso. Peristalsis presente normal. Laboratorio normal. Gabinete: US, tomografía, colon por enema que evidencian lesión quística. Urografía con probable compresión extrínseca pielocalcial superior. **Resultados:** Quiste de mesenterio de 18 x 14 cm, resecado en su totalidad. **Discusión:** La protocolización preoperatoria adecuada deberá ser necesaria, sobre todo en los pacientes en que hay que descartar patología neoplásica maligna. Valorando transoperatoriamente la resección de estructuras vecinas y tomar biopsias de otros tejidos de acuerdo a hallazgos, para completar estudio. **Conclusiones:** El resultado final de benignidad por histopatología es necesario, como en este caso, para dar por concluido un tratamiento quirúrgico curativo.

TC-213

PROCEDIMIENTO DE SUGIURA MODIFICADO EN UN PACIENTE CON CAVERNOMATOSIS DE VENA PORTA

Delgadillo TG, Reyes MEJ, Martínez MJ, González EED. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS. México, D.F.

Antecedentes: La cavernomatosis de la vena porta es una degeneración congénita que causa obstrucción del flujo de la vena porta hacia el hígado. Los pacientes cursan con hipertensión portal no cirrótica y desarrollo de varices gastroesofágicas. El procedimiento de Sugiura modificado está indicado en pacientes que tienen alto índice de mortalidad por sangrado recurrente de varices esofágicas, y en quienes por sus características anatómicas no se puede realizar una derivación esplenorenal distal (Warren), shunt portosistémico transyugular intrahepático (TIPS), o en pacientes que no son candidatos a trasplante hepático. **Objetivo:** Informe de un caso. Informe: Femenino de 33 años de edad, quien debutó con sangrado de varices esofágicas secundarias a hipertensión portal, el cual se manejó con ligadura endoscópica de las mismas. A los diez meses presentó otro episodio de sangrado, aunque de menor magnitud. Dos

años después de su primer episodio de sangrado (junio de 2003), se llegó al diagnóstico de cavernomatosis de la vena porta, evidenciada por esplenoportografía. Realizando procedimiento de Sugiura modificado. **Resultado:** La evolución a 4 meses ha sido satisfactoria. **Discusión:** El sangrado secundario a ruptura de varices esofagogástricas es una de las principales causas de mortalidad, y existe un alto índice de recurrencia posterior al manejo con escleroterapia y/o ligadura endoscópica. Por lo que el procedimiento de Sugiura es preferido. **Conclusiones:** La adecuada selección de los pacientes al momento de realizar el procedimiento (Child A o B), influirá positivamente en el pronóstico post-operatorio.

TC-214

COMPLICACIÓN Y MANEJO QUIRÚRGICO POR DIVERTÍCULO DE MECKEL (REPORTE DE UN CASO)

Olvera HH, Montes CML, Tort MA. Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: El divertículo de Meckel (DM) es la anomalía congénita más frecuente del canal gastrointestinal. Incidencia 0.3-2.5%. En el desarrollo intrauterino se origina por falta deobliteración de una porción o de todo el conducto vitelino. Su tamaño en general es de 3-5 cm. En los niños generalmente se ubica a 40 cm de la válvula ileocecal y en adultos a 50 cm. Puede encontrarse en este tejido heterotópico gástrico, duodenal, colónico o pancreático. El cuadro clínico es asintomático, algunos casos presentan sangrado de tubo digestivo, inflamación, oclusión intestinal, fístula, neoplasia, etc.

Objetivo: Conocer la presentación y desarrollo de obstrucción intestinal en una patología, sin antecedentes quirúrgicos que la justifiquen con refracción a manejo médico. **Material y métodos:** Presentación descriptiva y fotográfica en la presentación de un caso clínico, en paciente femenino de 30 años sin antecedentes quirúrgicos previos, la cual presenta cuadro de oclusión intestinal refractario a tratamiento médico de difícil diagnóstico y de evolución insidiosa. Exploración física con datos de irritación peritoneal. **Resultados:** Se decide laparoscopia diagnóstica, en la cual se observa hernia interna transmesentérica estrangulada, teniendo que continuar procedimiento quirúrgico en forma abierta, por la limitación de la propia laparoscopia, y hallazgos de hernia secundaria a la presencia de un divertículo de Meckel, ameritando resección y entero-entero-anastomosis término-terminal, con evolución adecuada. **Discusión y conclusiones:** El divertículo de Meckel es una patología de incidencia baja, pero el desarrollo de una hernia interna transmesentérica es aún más baja, ya que no se encuentran reportes en la literatura de esta forma de presentación. El manejo quirúrgico en este caso requirió tratamiento quirúrgico para su resolución.

TC-215

MANEJO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO EN LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA (REPORTE DE UN CASO)

Torices EE, Olvera HH, Montes ML, Oliva C, Cortés MS, Tort MA, González MM. Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE. México, D.F

Antecedentes: El diafragma puede dañarse como resultado de lesiones traumáticas, penetrantes o cerradas. Las lesiones cerradas ocurren por aumento masivo de la presión intraabdominal, con mayor incidencia en volcaduras de accidentes automovilísticos. Los hallazgos físicos varían desde asintomático hasta la inestabilidad hemodinámica y pulmonar, con amenaza de la vida, debido a la herniación del contenido visceral al tórax. Un paciente asintomático puede albergar una lesión del diafragma en forma inadvertida durante años, hasta que la hernia gradual de vísceras abdominales en el tórax lleve al compromiso pulmonar. **Objetivo:** Tener conocimiento de las lesiones que pueden originar un traumatismo cerrado de abdomen a corto o largo plazo. Determinar un diagnóstico temprano para un manejo quirúrgico urgente o electivo en el paciente traumatizado. **Material y métodos:** Trabajo descriptivo de caso clínico en paciente masculino de 17 años de edad con antecedente de volcadura 8 años previos, presentando disnea súbita, secundaria a esfuerzos con remisión espontánea. **Resultados:**

Trabajos en Cartel

Cuadro de dolor retroesternal 3 días previos a su ingreso hospitalario, irradiado a hombro izquierdo, disnea leve, náusea, vómito postprandial en 20 ocasiones, diaforesis, diagnosticándose con tomografía toracoabdominal, realizándose tratamiento laparoscópico encontrándose hernia de estómago, epiplón gastrocólico y de polo inferior de bazo, los cuales se reducen, reparándose defecto herniario, manejándose postquirúrgico con gastrostomía y sonda de pleurostomía. **Discusión y conclusiones:** Patología de poca frecuencia, relacionada con trauma cerrado de abdomen, la cual en nuestro paciente se presenta sintomatología 8 años posteriores al antecedente traumático resolviéndose con buen resultado a través de la cirugía laparoscópica.

TC-216

RECONSTRUCCIÓN DEL COLEÓDOCO CON PRESERVACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR EN EL SÍNDROME DE MIRIZZI GRADO III. (REPORTE DE UN CASO)

Echavarri AJM, Montes CML, Tort MA, González MM, Torre NCA, Hernández SR. Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: El Síndrome de Mirizzi (SM) es causa infrecuente de obstrucción de la vía biliar con incidencia de 1.3% en colecistitis crónica litiasica (CCL). Son 4 tipos: I) compresión externa del coléodoce y II a IV) son fistulas colecistocolédocianas. El tratamiento quirúrgico en la vía biliar depende del grado de obstrucción. El defecto del coléodoce puede ser manejado con tres técnicas diferentes: 1) Involucra la exéresis completa de la vesícula biliar con cierre primario del defecto del coléodoce, después de insertar un tubo en "T". 2) Dejarse intacta parte de la vesícula biliar y usarla para el cierre con colgajo del defecto del coléodoce y sonda en "T". 3) La vía biliar puede reseñarse en parte y realizar derivación biliodigestiva. **Objetivo:** Presentar el manejo de plastía de coléodoce en un caso con diagnóstico de SM obstructivo grado IV. **Material y métodos:** Presentación descriptiva y fotográfica de masculino de la 9ª década de la vida, el cual ingresó por ictericia, integrando diagnóstico de Síndrome de Mirizzi evidenciado por ultrasonografía y confirmado por colangiografía retrógrada endoscópica y tomografía axial computada. **Resultados:** Manejo quirúrgico laparoscópico inicial y efectuando conversión con abordaje tipo Kocher, se realiza colecistectomía parcial y colangiografía transoperatoria selectiva, decidiéndose plastía de coléodoce utilizando colgajo de vesícula biliar para reconstrucción del mismo más sonda en "T" y control colangiográfico transoperatorio a través de la misma. **Discusión y conclusiones:** La estancia hospitalaria fue de 21 días observándose escasa fuga biliar durante 7 días a partir del 5º día del postoperatorio, retirando el drenaje al 15º día, con pruebas de función hepática normales a su egreso y hasta el momento.

TC-217

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA (REPORTE DE UN CASO)

Pérez GJL, Montes CML, Villafan FA, Vázquez CD. Hospital Clínica ISSSTE. Pachuca, Hidalgo

Antecedentes: La hernia diafragmática es resultado de trauma abdominal cerrado debido a que se ejerce un aumento importante de la presión abdominal, originando la herniación de las vísceras abdominales al diafragma. Comportándose el paciente asintomático o manifestando patología pulmonar que lo pueden llevar al deterioro, la cual se puede manifestar en meses o años. El diagnóstico generalmente es un hallazgo y se evidencia con una tele de tórax. Su manejo es quirúrgico. **Objetivo:** Conocer una patología de incidencia baja que se puede presentar hasta años después de su inicio, para realizar un diagnóstico temprano con resolución quirúrgica adecuada. **Material y métodos:** Trabajo descriptivo y fotográfico de paciente masculino de la cuarta década de la vida con antecedente de accidente automovilístico un año previo, desarrollando dolor en hemitórax derecho posterior, sin disnea y con cuadros de infecciones de vías respiratorias frecuentes, diagnosticándose con tele de tórax y confirmándose con tomografía toracoabdominal. **Resultados:** Se realiza manejo quirúrgico laparoscópico como hallazgos quirúrgicos, en tórax la presencia de epiplón y colon,

los cuales se reducen, se pliega el diafragma, colocándose malla de propileno en el sitio herniado. **Discusión y conclusiones:** Patología la cual en nuestro paciente se asocia a contusión abdominal, manifestándose un año posterior y que es descubierta como hallazgo, resuelta con excelente resultado por cirugía de invasión mínima.

TC-218

POLIPOSISS ADENOMATOSA FAMILIAR, QUE SE MANIFIESTA COMO CÁNCER DE COLON IZQUIERDO ABSCEDADO A PIEL

López S, Pulido J. Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda, Monterrey, Nuevo León. México

Se trata de paciente femenina de 40 años la cual no tiene antecedentes de importancia quien a su llegada a urgencias presenta fascitis de pared abdominal en flanco y fossa iliaca izq. La cual se debrida y se interna. Presenta pérdida de peso importante y sd. consuntivo, desnutrición importante y al interrogatorio niega sintomatología, no refiere diarreas crónicas, STDB o sintomatología abdominal. Paciente con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con foco séptico, pasa a Unidad de Cuidados Intensivos. Desarrolla SIRPA con evolución tórpida, durante su internamiento desarrolla oclusión intestinal y se interviene quirúrgicamente con hallazgo de tumoración de sigmoides transmural que se fija a pared abdominal en sitio de fascitis, y con todo el colon dilatado con áreas de necrosis y perforación de ciego. Se realiza colectomía subtotal e ileostomía. En patología al abrir la pieza quirúrgica se aprecia poliposis adenomatosa en toda la pared del colon. Con DX final de patología en sitio de tumoración y área de más pólipos de adenocarcinoma de colon clasificación Dukes B. Paciente fallece después de 2 meses de internamiento.

TC-219

ABSCESO RENAL IZQUIERDO EN PACIENTE NO DIABÉTICO

López S, Delgado C. Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda, Monterrey, Nuevo León. México

Paciente de 30 años, sin antecedentes de importancia. Sólo antecedentes de urolitiasis y cuadros de colicorenouretal izq y derecho. Acude al servicio de urgencias del Hospital Metropolitano con ataque al estado general, fiebre y con aumento de volumen a nivel lumbar izq. de un mes de evolución aproximadamente. Que se agrega área de eritema y cambios de temperatura local y área fluctuante dos días previos a su ingreso. Se drena área fluctuante y se obtiene abundante material purulento y se toma tomografía computada donde se aprecia absceso renal izq. importante que afecta hasta piel sin filtrado renal. Se toman exámenes de laboratorio donde no hay anemia ni datos de falla renal. Con leucocitosis importante y bandemia. Con glicemia dentro de lo normal. Se le realiza nefrectomía izq. con DX final de pielonefritis xantogranulomatosa y el paciente evoluciona de forma satisfactoria dándose de alta 5 días después.

TC-220

CA PAILAR DE TIROIDES

López S, Pulido J. Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda, Monterrey, Nuevo León. México

Se trata de paciente masculino de 65 años de edad el cual no tiene AHF o APNP de importancia para su padecimiento actual, el cual lo inicia aprox. 8 años con aumento de volumen en región anterior de cuello a nivel de tiroides acompañándose sólo de disfonía en los últimos 8 meses en los cuales presenta crecimiento importante de masa, motivo por el cual acude. En la consulta se aprecia masa que deforma la arquitectura del cuello y disfonía. Masa de 10 x 7 cm pétreas firmes, se toma biopsia con aguja fina y se diagnostica carcinoma pailar de tiroides. Se toma tomografía computada donde se aprecian adenomegalías y compresión de vasculatura. Gammagrafía tiroideo con captación fuera de tiroides. No hay evidencia de metástasis a distancia. Se interviene quirúrgicamente (Dic. 2003) realizándose tiroidectomía total y resección ganglionar de cuello, sien-

do el ganglio más grande de 4x4 cm del lado izq. con DX final de patología de carcinoma papilar de cuello. Paciente clínicamente no desarrolla complicaciones postquirúrgicas sólo leve hipoparatiroidismo transitorio. Ya en la consulta con exámenes de laboratorio normales y continúa con disfonía. Se toma gammagrama de tiroides de control con captación escasa en línea media de tejido residual, al cual se le aplica yodo radioactivo a dosis de 120 MC con gammagrama de control sin tejido residual. Actualmente con sustitución de hormonas tiroideas.

TC-221

FÍSTULA ARTERIOVENOSA POSTRAUMÁTICA EN NIÑO DE 8 AÑOS

López S, Delgado C. Hospital Metropolitano Bernardo Sepúlveda. Monterrey, Nuevo León. México

Se trata de paciente masculino de 8 años, el cual un mes previo a su ingreso sufrió traumatismo en pierna izq. en cara posterior con objeto punzocortante, siendo suturada y con infección de la misma y se dejó abierta a cierre por segunda intención y a las dos semanas presenta edema de la pierna izq. y marcha claudicante. Además de dolor torácico y disnea de medianos esfuerzos. Motivo por el cual acude a Urgencias. A la exploración se aprecia herida de 1.5 cm hipertrófica ya cicatrizada y a la palpación se palpa Thrill y se asciulta soplo importante en sitio de herida y hasta región ileofemoral. Se toma angiografía y se observa fistula arteriovenosa a nivel de tibial posterior. Se interviene quirúrgicamente, se cierra fistula y se egresa a los tres días con pulsos distales y sin Thrill, sin dolor a la deambulación.

TC-222

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DE LA ACALASIA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE

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

Introducción: La acalasia es un trastorno motor esofágico caracterizado manométricamente por ausencia de peristalsis esofágica e hipertonia con relajación incompleta del EEl, secundaria a degeneración irreversible del plexo mientérico esofágico. El manejo médico ofrece paliación temporal de la disfagia y síntomas asociados, a diferencia del tratamiento quirúrgico laparoscópico. **Material y métodos:** Se incluyeron 32 pacientes operados de cardiomiotomía de Heller con realización de funduplicatura del periodo comprendido de enero de 1997 a junio de 2004 en el Hospital Regional 1º de Octubre, considerando las variables, edad, sexo, tipo de cirugía, complicaciones y evolución postoperatoria. **Resultados:** Se operaron 32 pacientes, 21 mujeres (65.6%) y 11 hombres (34.4%), con edad promedio de 45.7 años, con disfagia como síntoma principal, con panendoscopia y manometría demostrando acalasia. Se realizaron 7 cardiomiomías con funduplicatura anterior (22%), 24 con funduplicatura posterior (75%) y 1 miotomía (3%). La cirugía ha mostrado adecuados resultados en los pacientes con cardiomiotomía y funduplicatura posterior en el 100% de los casos, excepto 2 pacientes sometidos a cardiomiotomía con funduplicatura anterior (6%) que requirieron de dilataciones posteriores y 1 paciente (3%) de reintervención. **Conclusiones:** La cirugía es el tratamiento más efectivo para corregir la disfagia ya que es definitivo, en comparación al tratamiento médico con dilataciones y toxina botulínica, ya que éstos sólo han mostrado una efectividad temporal. El abordaje laparoscópico es la técnica de elección para este padecimiento, presentando menor tiempo de estancia intrahospitalaria. Está todavía en discusión la técnica de la funduplicatura agregada a la miotomía; sin embargo, nosotros consideramos que los pacientes manejados con funduplicatura posterior han presentado buenos resultados y en caso de reintervención se cuenta con un abordaje más accesible. Se realizó valoración por la consulta externa y vía telefónica de la escala de Visick.

TC-223

PLASTÍA INGUINAL PROTÉSICA. REPORTE PRELIMINAR DE LA EXPERIENCIA CON TÉCNICA LIBRE DE TENSIÓN EN EL H. R. 1º DE OCTUBRE, ISSSTE

Tort MA, Velázquez GR, Domínguez CL, Méndez VG, Cuevas HLF, Echávarri AJM, Ugalde VF, Becerril FE, Torices EE, Olvera HH, Ojeda VG, Torre NA, Montes CM. Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: Tradicionalmente la reparación de la hernia inguinal tenía dos objetivos: la supresión de la hernia y la prevención de las recidivas a largo plazo. En la actualidad también se procura reducir en todo lo posible el dolor para que el paciente reanude rápidamente sus actividades, por lo que las plastías inguinales protésicas van ganando terreno, dado que permiten reforzar de modo eficaz la zona débil inguinal y disminuyen el dolor al evitar la tensión. **Objetivos:** Evaluar y reportar nuestra experiencia respecto a los resultados de reparación inguinal utilizando la técnica de Rutkow y Robbins. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes del 1º de junio de 2002 a enero de 2004 con diagnóstico de hernia inguinal directa, indirecta, primaria, recidivante única o bilateral, a todos se les practicó plastía inguinal libre de tensión con técnica de Rutkow y Robbins con malla de prolene. Se evaluaron las siguientes variables: sexo, edad, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, tiempo de incapacidad y complicaciones. **Resultado inicial:** Se operaron un total de 23 pacientes, 18 hombres (78%) y 5 mujeres (4.3%), la edad osciló entre 31 a 82 con una media de 71 años, directas 13 (65%), indirectas 7 (35%), derechas 10 (43.2%), izquierdas 10 (43.2%), bilaterales 3 (13.6%), tiempo operatorio de 45 minutos promedio, estancia hospitalaria de un día y tiempo de incapacidad de 14 días. Como complicación se presentó únicamente un seroma (4.3%), el cual se manejó con drenaje, curaciones y antibiótico. El seguimiento se lleva a cabo en la consulta externa hasta la fecha. **Conclusiones:** En base a estos resultados preliminares podemos concluir que la reparación libre de tensión ha demostrado ser una técnica de fácil realización, con prácticamente 0% de recidiva y mínimas complicaciones, con menor estancia hospitalaria y rápida integración a las actividades de los pacientes.

TC-224

FÍSTULA ENTERO-ENTÉRICA SECUNDARIA A INGESTA DE IMANES SIN PRESENCIA DE ABDOMEN AGUDO. PRESENTACIÓN DE CASO

Tort MA, Espinal BR, Domínguez CL, Méndez VG, Torices EE, Olvera HH, Reza V, Olvera DC, Echávarri AJM, Ojeda VG, Ugalde VF, Hernández EI, Ledesma MA, Torre NA. Hospital Regional 1º de Octubre. ISSSTE. México D.F.

Antecedentes: La ingestión de un cuerpo extraño accidentalmente ocurre con mayor frecuencia en el hogar, se presenta a cualquier edad, con mayor incidencia el primer y tercer año de edad. La mayoría pasa a través de todo el tubo digestivo y son evacuados; sin embargo, algunos por su tamaño, forma y características quedan alojados en alguna zona del tubo digestivo, siendo el esófago más frecuente, seguido del estómago y muy esporádicamente el intestino. De 80 a 90% de los cuerpos extraños deglutiados progresan espontáneamente en los siguientes ocho días, siendo necesario en los otros casos la realización de procedimientos endoscópicos para su extracción; sólo en el 1% se practica cirugía. La moneda es el cuerpo extraño más frecuentemente ingerido, seguido de alimentos, huesos, piezas de joyería, juguetes, pilas, etc. Sólo el 1% de los cuerpos extraños ingeridos pueden producir perforación. Su progresión se valora con placas de abdomen simple en proyecciones posteroanterior y lateral. Debe considerarse el tratamiento quirúrgico si hay dolor o signos de irritación peritoneal o no hay progresión del cuerpo extraño. **Resumen clínico:** Masculino de 7 años con antecedente de haber ingerido 4 imanes y 2 monedas de 1.5 cm de diámetro, el cual acude con médico familiar que prescribe laxantes y enemas evacuantes, sin expulsión de los mismos; acu-

riendo 10 días posteriores a la ingesta, al servicio de urgencias con presencia de dolor abdominal e incapacidad para evacuar de 5 días de evolución; agregándose vómito de contenido gástrico posprandial mediato 2 días previos a su ingreso canalizando gases. A la exploración física con dolor a la palpación profunda en marco cólico, con distensión abdominal, sin datos de irritación peritoneal. Se observa en las placas simples de abdomen la presencia de imagen radiopaca en región de hueco pélvico, sin presencia de niveles hidroaéreos, con aire en ampolla rectal. Se realiza colonoscopia sin alteraciones. Se realiza laparotomía exploradora encontrándose perforaciones con los imanes a 210, 180 y 70 cm de la válvula ileocecal con fistula entero-entérica y las 2 monedas en este último segmento, erosión del colon descendente por un cuarto imán, sin evidencia de fuga en todas ellas. Se realizó reparación primaria en 2 planos reavivando bordes en las 3 lesiones y en la fistula entero-entérica se realizó ileostomía. Evoluciona satisfactoriamente egresándose 12 días posteriores. Actualmente se encuentra en control por la consulta externa con ileostomía funcional; pendiente su reconexión.

TC-225

TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE POR HERIDA POR ARMA DE FUEGO CON LESIÓN DE URETERO IZQUIERDO. REPORTE DE UN CASO

Rocha MR, Miranda FP, Girón MJ, Nuñez TL, Estévez CI, Ramírez CF. Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México. SSA. Hospital Magdalena de las Salinas IMSS. México, Distrito Federal

Antecedentes: Las lesiones uretrales por un traumatismo externo son raras. Se producen en unos cuantos pacientes con lesiones pélvicas y no son frecuentes en las lesiones penetrantes porque su silueta es angosta. Casi todas las lesiones pueden ser reparadas de primera intención, si se reconoce la lesión, puede realizarse una reparación directa sobre una férula permanente. En caso contrario es posible que el paciente presente anuria, fistula urinaria o un urinoma. En lesiones por objetos penetrantes como proyectiles por arma de fuego o por arma punzocortante está indicada la laparotomía exploradora y la reparación quirúrgica. **Objetivo:** Realizar un análisis de las lesiones uretrales por arma de fuego y reparación de las mismas con presentación de un caso clínico. **Resumen clínico:** Femenino de 37 años de edad quien sufrió trauma penetrante de abdomen por herida por arma de fuego con orificio de entrada único en hipogastrio. Sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Acude a Hospital Magdalena de las Salinas en donde se encuentra con datos de Irritación peritoneal por lo que se realiza Laparotomía Exploradora con hallazgos de hemoperitoneo de 850 CC, con presencia de lesión a nivel de mesosigmoides con compromiso de la pared del mismo, por lo que se realiza colostomía y cierre distal en bolsa de Hartmann, además de la presencia de un orificio a nivel de retroperitoneo del cual salía orina, encontrándose lesión de 1.5 cm en uréter izquierdo, la cual se feruliza con la colocación de sonda de alimentación y reparación del uréter con puntos simples fijándose la sonda de alimentación con un punto transfictivo. Posteriormente se encuentra lesión a 60 cm de la Válvula Ileocecal de ileón que compromete alrededor de 15 cm por lo que se realiza resección intestinal y entero-entero anastomosis término-terminal en 2 planos. También se encuentra lesión de oviducto por lo que se realiza salpingectomía. Se realiza cierre de pared de manera convencional. **Resultado:** Paciente que presenta evolución favorable, la cual tolera la vía oral a los 5 días de postoperatorio, con presencia de hematuria 2 días posteriores a la cirugía sin alteraciones a nivel de riñón izquierdo, la cual cedió de manera espontánea. Se decide el alta de la paciente a los 12 días posteriores a su intervención quirúrgica en buenas condiciones generales. Pendiente de restitución de transito intestinal. **Conclusiones:** Aunque los traumatismos penetrantes de uréter son raros, siempre deben de sospecharse en todo paciente con trauma penetrante en hemiabdomen bajo o en aquellas con extensión a retroperitoneo, para su reparación quirúrgica.

TC-226

OCLUSIÓN INTESTINAL POR ACTINOMICES

Guibovich SV, Mejía CG, Caviglia CM, Carballo CF, Simón MA. Servicio de Cirugía General. Hospital General Balbuena. Secretaría de Salud del Distrito Federal

Introducción: Se presenta el caso de lesión intestinal por actinomices. Presentación del caso. Femenino de 21 años de edad, con cuadro de dolor abdominal de un mes de evolución, tipo cólico, distensión abdominal, vómito alimentario, cambios en los hábitos de evacuación intestinal alternando diarreas y constipación sin causa aparente, hematoquesia 15 días previos a su llegada. 24 horas antes del ingreso presentó datos de oclusión intestinal. Evaluada por ginecología consideraron absceso tubario. Transoperatorio: tumor en sigmoides de 8 cm de diámetro, perforado a cavidad y compromiso de la luz intestinal. Sin metástasis. Se manejó la lesión con criterio oncológico; se efectuó resección, colostomía y fistula mucosa. Patología reportó tumor de sigmoides con actividad por actinomices. Evolucionó sin problemas; de alta y con tratamiento médico específico, 6 días después de la cirugía. Cierre de colostomía 4 meses después, sin problemas. **Conclusiones:** La infección abdominal por actinomices es rara, cuando se presentan en el intestino puede semear una masa, tumor o absceso y confundirse con una neoplasia. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y los síntomas son vagos e inciertos. Los estudios complementarios previos no son concluyentes, el diagnóstico definitivo es por patología. El éxito del tratamiento es la resección y antibioticoterapia por largo plazo (penicilina, doxiciclina, etc).

TC-227

PERFORACIÓN INTESTINAL POR CUERPO EXTRAÑO

Guibovich SV, García CS, Mejía CG, Caviglia CM, Carballo CF. Servicio de Cirugía General. Hospital General Balbuena. Secretaría de Salud del Distrito Federal

Introducción: La deglución de cuerpo extraño es frecuente en niños, pacientes psiquiátricos o en ancianos. También en adultos que están bajo el efecto de neuroestimulantes. Hay una gran variedad de objetos ingeridos; sin embargo más del 90% son expulsados sin complicaciones. Menos del 1% perforan el tracto digestivo. **Caso clínico:** Masculino de 33 años; con ingesta de alcohol 48 horas antes del ingreso. Presentó cuadro de dolor abdominal, distensión, datos de irritación peritoneal. Los estudios paraclinicos mostraron: leucocitosis. Radiografías de abdomen mostraron niveles hidroaéreos. La laparotomía exploradora tuvo como hallazgo material fibrinopurulento sobre las asas intestinales y perforación a 140 cm de asa fija por un palillo en el interior del intestino. Se manejó con extracción del cuerpo extraño, reavivación de bordes de la lesión, cierre primario. Evolucionó bien, se dio de alta 5 días después. **Conclusiones:** Objetos extraños pequeños, pasan sin dificultad por el tracto digestivo. Los métodos radiológicos evalúan: presencia, naturaleza, tamaño, localización, orientación. Cuando el material es radiolúcido (palillo, espinas) el seguimiento estará basado en los datos clínicos. Objetos entre 2-5 cm podrían ser removidos de forma endoscópica, cuando están en tubo digestivo alto. Una ingesta alta en fibra puede ayudar a expulsar el cuerpo extraño sin complicaciones.

TC-228

SÍNDROME DE RAPUNZEL

Guibovich SV, Mejía CG, Caviglia CM, Carballo CF, Castillo AE, Chavarria RM. Departamento de Cirugía General. Hospital General Balbuena. Secretaría de Salud del Distrito Federal

Introducción: Un bezoar es una masa de fibra, pelos; los más comunes: tricobezoar y fitobezoar. El Tricobezoar con extensión hacia el intestino delgado (Síndrome de Rapunzel) denominado así por la fábula donde la princesa arroja su cabellera por el balcón, a su pareja. El

Trabajos en Cartel

síndrome (10% de los tricobezoares) es más frecuente en mujeres jóvenes. Hay 4 tipos: tricobezoar, fitobezoar, medicamentos y misceláneo. **Caso clínico:** Femenino de 29 años, con dolor abdominal de 24 horas de evolución, vómito gástrico fétido. Al interrogatorio se mostró cautelosa y evasiva con apariencia psicológica normal. Se palpó tumor duro epigástrico, no doloroso, libre a planos profundos. TAC de abdomen demostró cuerpo extraño intragástrico. Endoscopia reportó tricobezoar. A través del cuerpo gástrico se extrajo tricobezoar con extensión al duodeno. Cierre de pared gástrica de forma convencional. Con evolución satisfactoria se dio de alta 8 días después. **Conclusiones:** La patología es rara y se asocia a paciente "border-line" con antecedente de tricotilomanía. El pelo retenido en los pliegues gástricos se mezcla con las fibras vegetales, restos alimentarios y secreciones gástricas ocasionando desnaturalización y putrefacción. El bezoar ocupa el cuerpo gástrico y la peristalsis migra el extremo distal al intestino delgado o grueso. Las complicaciones más comunes: oclusión, sangrado, perforación, esteatorrea, intususcepción, pancreatitis, enteropatía, apendicitis e ictericia obstructiva. Existen múltiples métodos para eliminar el cuerpo extraño; en la gran mayoría de los casos, una gastrotomía con extracción del bezoar es resolutiva.

TC-229

TRICOBEOZAR INTESTINAL COMO CAUSA DE OCLUSIÓN ALTA. REPORTE DE UN CASO

Corona CJF, Palomeque LA, Gracida MNI, Carbó RR, Lagunes GAA, Martínez RJJ. Hospital General de México

Se describe el caso de una paciente de 18 años que ingresa con cuadro de oclusión intestinal alta de 3 días de evolución. Con diagnóstico preoperatorio de oclusión intestinal secundaria a adherencias por antecedentes quirúrgicos recientes. Se somete a laparotomía exploradora encontrando tres tricobezoares en yeyuno como causa de la oclusión, sin componente gástrico asociado, se realiza enterotomía, extracción y enterorrafia. En el postoperatorio con evolución favorable, valorada por psiquiatría con diagnóstico de tricotilomanía y tricofagia. Los bezoares son concreciones de material extraño, incluyendo plantas y vegetales en los fitobezoares, y pelo en los tricobezoares, siendo estos últimos los más frecuentes. La palabra bezoar deriva del persa *panzehr*, que significa antídoto, ya que eran usados como remedios. Son más frecuentes en las mujeres con un pico de incidencia de los 10 a 19 años. La causa principal es la tricofagia. La mayoría se presentan en el estómago y raramente alcanzan el intestino delgado, como en el caso de nuestra paciente. El diagnóstico es clínico, dentro de los estudios de gabinete los de mayor utilidad son los estudios contrastados o la endoscopia, esta última en casos de oclusión; mientras que el ultrasonido tiene un papel limitado. El tratamiento consiste en fragmentación mecánica por endoscopia o disolución con enzimas pancreáticas; pero en el caso de los bezoares complicados el tratamiento de elección es la cirugía.

TC-230

VIGENCIA DE LA COLEDOCOTOMÍA ABIERTA PARA EL TRATAMIENTO DE LA COLEDOCOLITIASIS. REPORTE DE UN CASO

Corona CJF, Palomeque LA, Gracida MNI, Vega CS, Sánchez AJP, De Hita SI. Hospital General de México

Gracias al avance en los procedimientos quirúrgicos de invasión mínima y a la menor morbilidad que han reportado, en los últimos años se ha recurrido a técnicas menos invasivas para el manejo de pacientes con coledocolitis, como alternativas a la coledocotomía abierta. Entre ellas la esfinterotomía endoscópica, litotripsia extracorpórea, extracción percutánea transhepática y la exploración laparoscópica. Se ha sugerido que el manejo endoscópico es el de elección para pacientes de edad avanzada que no tienen vesícula biliar. Se presenta el caso de un paciente de 65 años con coledocolitis recidivante, con un colédoco de 3 cm y dos litos de 2.5 cm de diámetro, en el que la esfinterotomía y extracción con canastilla por vía endoscópica no fueron exitosos en dos ocasiones y fue sometido a coledocotomía abierta para la extracción de los litos. La cole-

docotomía abierta continúa siendo una alternativa para el tratamiento de la coledocolitis, con una morbilidad reportada del 9% y una mortalidad menor al 2%, con un éxito del 95%, por lo que debe considerarse todavía como una alternativa para el tratamiento de la coledocolitis.

TC-231

COLOCACIÓN DE PARCHE PERICÁRDICO EN CIRUGÍA DE TRAUMA

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

Masculino de 24 años de edad el cual es víctima de lesión por arma punzocortante precordial. Trasladado a unidad de trauma, encontrando a paciente inestable hemodinámicamente, intervenido quirúrgicamente con toracotomía anterolateral izquierda. Se encuentra tamponade, el cual se libera, se realiza cardiorrafia en lesión longitudinal de ventrículo izquierdo de aproximadamente 2 cm. No se logra realizar el cierre del pericardio debido a dilatación aguda de miocardio, por lo que se decide colocar parche pericárdico con bolsa de polivinilo. Se traslada a paciente a terapia intensiva, siendo intervenido al tercer día para retiro de parche de pericardio y cierre del mismo. Evoluciona de forma satisfactoria. Las lesiones de miocardio siempre han sido un tema impactante para la comunidad quirúrgica. Con el avance en el manejo prehospitalario y en el servicio de urgencias de estos pacientes la mortalidad ha mostrado un decremento importante. Una de las complicaciones del manejo de lesiones cardíacas es la dilatación del corazón, la cual puede ser secundaria a la hipoxia, isquemia y acidosis de la fibra miocárdica, ya sea en pacientes con tamponade o exanguinación. En dichos casos el corazón prácticamente no "cabe" en su envoltura, en caso de no afrontar el pericardio, el corazón dilatado presentara dislocación hacia atrás, y obstrucción al retorno venoso, llevando finalmente a la muerte. Se han descrito los parches de pericardio con Dacron. Sin embargo el polivinilo, disponible fácilmente y de precio más bajo, también es una opción válida.

TC-232

QUISTE DE COLEÓDOCO GIGANTE. REPORTE DE CASO

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

Femenina de 57 años de edad, la cual 2 meses previos, presenta cuadro de dolor abdominal agudo localizado en epigastrio, de gran intensidad, acompañada de náuseas y vómito incoercibles. Acude a servicio de urgencias donde se diagnostica clínica y químicamente con pancreatitis aguda biliar. Manejo con tratamiento conservador evolucionando de forma satisfactoria. Se realiza USG el cual demuestra litos en vesícula biliar y probable lito intrahepático. Se realiza de forma programada colangiografía percutánea la cual evidencia la presencia de lito intrahepático. Se somete a colecistectomía abierta, encontrando en el transoperatorio quiste de coléodo gigante de aproximadamente 15x12x10 cm con lito de mismas dimensiones en su interior. Evolución satisfactoria postquirúrgica. Los quistes de coléodo, son una patología descrita clásicamente como pediátrica. Sin embargo en los últimos años, su frecuencia en adultos ha aumentado. No se conoce a ciencia cierta la fisiopatología de dichos quistes. Se cree que es de vital importancia, en el desarrollo de esta patología el tipo de unión entre el coléodo y el conducto pancreatico, ya que anomalías pueden condicionar reflujo de jugo pancreatico hacia coléodo y crear con ello alteraciones histológicas en la conformación de este último y finalmente en su estructura. Así mismo ha tomado gran importancia la relación entre este tipo de patología y el desarrollo ulterior de colangiocarcinoma. Se menciona que los estudios diagnósticos que más sensibilidad tienen son la CPRE, la colangiografía percutánea, la TC y la colangiorresonancia. El tratamiento está enfocado a extirpar la alteración anatómica, en ocasiones siendo necesario incluso la hepatectomía.