

Cirujano General

Volumen **26**
Volume

Suplemento **1**
Supplement

Octubre-Diciembre **2004**
October-December

Artículo:

Parte III.

Resúmenes de TC-233 al TC-378

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-233

MANEJO DE LESIÓN TRAUMÁTICA DE ARTERIA SUBCLAVIA. REPORTE DE CASO

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

Masculino de 27 años el cual sufre herida por proyectil de arma de fuego inmediatamente por debajo de tercio medial de clavícula derecha, presentando de forma inmediata cuadriplejía. Trasladado a unidad de trauma, donde se realiza telerradiografía de tórax evidenciando esquirlas de proyectil impactadas a nivel de C6, se evidenció así mismo ensanchamiento de mediastino. Se interviene quirúrgicamente realizando esternotomía media longitudinal y cervicotomía derecha. Durante el transoperatorio se encuentra sección total de arteria subclavia en su segunda porción con trombosis de ambos extremos. Se realiza colocación de injerto de Dacrón en dicho nivel. Evolucionó de forma satisfactoria y es trasladado a unidad de neurocirugía para continuar con manejo de paraplejía. Las lesiones de los vasos subclavios es tema apasionante para cirujanos de trauma. Su alta mortalidad continúa siendo un reto para el cirujano que se enfrenta a este tipo de lesiones. La mortalidad dependerá del mecanismo de lesión, la localización de la misma y el vaso lesionado. Las lesiones venosas tienen una mortalidad mucho más elevada que la lesión arterial. Durante mucho tiempo se ha comentado cuál es el mejor abordaje para las lesiones de los vasos subclavios; de lado derecho la cervicotomía y esternotomía; de lado izquierdo toracotomía anterolateral izquierda y cervicotomía. Se puede incluso requerir en las lesiones de la primera porción de los vasos subclavios la desarticulación. En últimos años se ha ganado experiencia en el abordaje por esternotomía media longitudinal para los dos paquetes subclavios, derecho e izquierdo.

TC-234

MANEJO DE LESIÓN TRAQUEAL CON RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS LARINGO-TRAQUEAL. REPORTE DE CASO

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

Masculino de 28 años de edad, previamente sano, el cual sufre herida por proyectil de arma de fuego en cuello, con sitio de penetración en triángulo anterior derecho y salida a misma altura izquierda. Trasladado de forma inmediata al servicio de urgencias traumatológicas, donde se encuentra hemodinámicamente estable, con herida transcervical, soplante. Es trasladado de forma inmediata a sala de cirugía, realizando cervicotomía anterior a esternocleidomastoideo bilateral, se encuentra lesión de los 2 primeros anillos traqueales con pérdida de 50% de circunferencia aproximadamente. Se realiza resección de dichos anillos traqueales, liberación distal de tráquea hasta carina y laringotraqueoanastomosis, con colocación de traqueostomía de protección. Evolucionó de forma satisfactoria. Las lesiones traqueales son actualmente lesiones comunes, secundarias a traumatismos cortopunzantes, por proyectiles de arma de fuego, traumas contusos y lesiones iatrogénicas. La gravedad de las lesiones dictará las manifestaciones clínicas del paciente, llevándolo incluso a la muerte rápida. Se ha descrito el tratamiento conservador, principalmente en traumas contusos y en lesiones iatrogénicas. El diagnóstico depende de la alta sospecha en un paciente víctima de trauma. La presencia de enfisema subcutáneo deberá hacer pensar en este tipo de lesión, la radiografía simple de cuello o tórax demostrará la presencia de aire subcutáneo. La TAC es un estudio auxiliar que ayuda a localizar y clasificar la lesión traqueal. El tratamiento quirúrgico dependerá de la magnitud de la lesión, pudiendo realizar la colocación de injertos.

TC-235

TERATOMA SACROCOCCÍGEO, REPORTE DE UN CASO

Cantú Salinas A, López López C, Maldonado Muñoz G, Garza Luna U, Montes Tapia F, Ponce Camacho M, Miranda Maldonado I. Hospi-

tal Universitario "Dr. José Eleuterio González", UANL. Monterrey, N.L. México

Introducción: El teratoma sacrococcígeo es una tumoración localizada en la región sacrococcígea, se presenta por lo regular en neonatos. Tienen predilección por la mujeres presentándose entre un 75-90%, esto significa 1 hombre por cada 3-4 mujeres afectadas. Afecta alrededor de 1/35,000 a 1/40,000 recién nacidos vivos. La presentación más común es el teratoma maduro. En niños por lo regular la afección es de tipo maligna. La tumoración se presenta desde el nacimiento y cuando se presenta después de los 2 meses frecuentemente es maligno. Alrededor de un 15% de los pacientes afectados se asocian a otras anomalías como: Ano imperforado, defectos del hueso sacro, duplicación del útero o vagina, espina bífida o mielomeningocele. Presencia de las tres capas germinales con componentes maduros. Una cuarta parte de los casos presenta tejido hepático y elementos inmaduros: componente neuroectodérmico. El tratamiento es la excisión completa y la resección del cóccix para prevenir la recurrencia. Se da seguimiento a largo plazo ya que presenta una recurrencia del 30-40%. **Objetivos:** El realizar una revisión de la literatura sobre este padecimiento, sobre su presentación clínica y tratamiento quirúrgico y ver la frecuencia que existe en nuestro hospital. **Caso clínico:** Paciente femenino recién nacido de 2 días de vida extrauterina, con un embarazo normo-evolutivo. Sin antecedentes de importancia, que presenta una tumoración en la región glútea derecha. A la exploración física: Cabeza y cuello: sin datos de relevantes, tórax: bien ventilado, ruidos cardíacos normales sin fenómenos agregados, abdomen: blando depresible, no doloroso, con peristalsis normal. Se observa una tumoración de 5 por 5 cm en los cuadrantes inferiores del glúteo derecho, dura, resistente, de color heterogéneo, que llega hasta el pliegue glúteo. Se realizan RMN de la lesión. Se lleva a quirófano para resección de la tumoración. La cual se realiza sin ninguna complicación. El diagnóstico histopatológico fue un teratoma quístico maduro sacrococcígeo congénito. **Discusión:** De acuerdo a la revisión realizada en la literatura, la presentación clínica concuerda con la descrita en la literatura y el tratamiento realizado fue el estándar, siendo el que tiene reportado un menor índice de recidiva, esperando llevar un seguimiento a largo plazo para ver las complicaciones y la recurrencia en caso de que éstas se presenten. **Conclusiones:** En este paciente el tratamiento realizado fue efectivo y con una buena evolución postoperatoria ésta es una patología poco frecuente, siendo el primer caso que se tiene documentado su evaluación y manejo en este hospital.

TC-236

OSTEOMIELITIS EN ARTROPATÍA DE CHARCOT. MANEJO CONSERVADOR

Ahedo CJ, Figueroa HL. HGZ 2A, IMSS

Objetivo: Preservar la autonomía ambulatoria en pacientes con complicaciones secundarias graves, asociadas a infección de tejidos blandos y profundos, mediante un manejo quirúrgico conservador. **Reporte de caso:** Paciente femenino de 63 años con antecedentes de: DM2, de larga evolución, retinopatía diabética, neuropatías sensorial, autonómica y motora, en grado de Charcot. Inicia su padecimiento, secundario a quemadura térmica de 2º grado, en miembro pélvico izquierdo a nivel de dorso de pie, cursando con proceso infeccioso. 6 meses después presenta descontrol metabólico con glicemias de hasta 400 mg/dl. Hipertermia de 38° C y cifras leucocitarias hasta de 21,800 leucos x c. Con ataque al estado general y alteraciones hemodinámicas, con extensión del proceso infeccioso, a tejidos blandos y óseos, con comprobación radiológica en donde se observa, datos de osteopenia, osteólisis y presencia de gas en tejidos blandos. Por lo que se interviene quirúrgicamente; realizando amputación de lisfranc y empleando colgajos de piel sana, para cicatrización por segunda intención. Recurriendo al uso complementario de electroestimulación con sesiones terciadas en periodos de 90 minutos con estimulador comercial y uso de arginato de calcio. **Resultados:** Se logra la cicatrización total a las 8 semanas del postoperatorio, conservando la capacidad ambulatoria, median-

te el uso de una prótesis adaptada. **Conclusiones:** Es posible disminuir el nivel de amputación, en pacientes con complicaciones graves, como la artropatía de Charcot, aún en aquellos que cursan con un proceso infeccioso que involucra tejidos profundos.

TC-237

FÍSTULA COLOVESICAL. REPORTE DE 3 CASOS

Negrete AJC, Pinedo OAJ, Esmer SD, Moncada GFJ, Aguilar OCJ. Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", SLP, SLP

Antecedentes: Las fístulas pueden ser congénitas o adquiridas. Una fístula es una comunicación anormal entre dos superficies de epitelio, las fístulas vesicoentéricas pueden dividirse en 4 categorías: colovesical, rectovesical, ileovesical y apendicovesical. La incidencia de fístula colovesical por enfermedad diverticular es la más común, siendo más frecuente en hombres con edad promedio mayores de 40 años. **Objetivo:** Reporte de casos. **Material y métodos:** Caso 1: Masculino 29 años con padecimiento de 3 meses sin antecedentes de importancia con síndrome disúrico recurrente, neumaturia, fecaluria, multitratado sin mejoría, se realiza colon por enema, cistografía, urografía excretora en los cuales no se observa fístula aparente, en cistoscopia se observa fístula en cúpula de la vejiga por lo que se decide realizar intervención quirúrgica para corrección. Caso 2: Masculino 51 años de edad el cual acude por un padecimiento de 2 meses con cuadro de síndrome disúrico recurrente, hematuria ocasional, neumaturia y fecaluria. Se realiza colon por enema, cistografía observándose enfermedad diverticular y fístula colovesical, por lo que se decide intervención quirúrgica para corrección. Caso 3: Masculino 42 años el cual acude por un padecimiento de 2 meses con fecaluria, síndrome disúrico recurrente, multitratado, sin antecedentes de importancia, se realiza colon por enema y cistografía en donde se observa fístula colovesical se decide intervención quirúrgica para corrección. **Resultado:** Buena evolución postquirúrgica en los 3 casos. **Conclusiones:** La fístula colovesical es una patología con incidencia baja pero que debe de diagnosticarse por exclusión en cuadros de IVUS de repetición sin mejoría con tratamiento para así llevar a cabo su tratamiento.

TC-238

LEUCEMIA GRANULOCÍTICA CRÓNICA Y TUBERCULOSIS PLEURAL

Múzquiz GG, Vistraín FR, Aguilar VH, Ruiz JL, Palacios R. Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Masculino de 43 años de edad, antecedente de leucemia granulocítica crónica. Inicia su padecimiento marzo de 2004 con tos escasa, productiva esputo blanquecino con moteado amarillento, dolor tipo pleurítico en hemitórax izquierdo, con fiebre ocasional, astenia, adinamia niega pérdida de peso. Exploración física: buena coloración de tegumentos, campos pulmonares con Sx. de derrame pleural, telerradiografía y TAC de tórax con derrame pleural de hemitórax izquierdo, toracocentesis con citología positiva a células leucémicas y tinción de BAAR negativas, toracoscopía con toma de biopsia pleural reporte de patología de nódulos con necrosis central compatibles con tuberculosis pleural. La tuberculosis es un problema de salud mundial reportándose 8 millones de casos por año y más de 3 millones de defunciones, 95% se presenta en países en vías de desarrollo. La transmisión de la tuberculosis es por aerotransporte llevando *Mycobacterium tuberculosis* hasta el alvéolo despertando una respuesta mediada por células. El compromiso de la inmunidad mediada por células propicia la infección por este tipo de microorganismo. Las manifestaciones más comunes son Pulmonares (85%). La tuberculosis pleural presenta síntomas como fiebre nocturna, dolor pleurítico, derrame pleural unilateral, disnea, dependiendo de la gravedad puede presentar empiema o fístula broncopleural. El diagnóstico es con tinciones, cultivos, amplificación del DNA, prueba de tuberculina, etc. El tratamiento continuo es a largo tiempo, con grado variable de eficacia.

TC-239

LIPOMA DE MESENTERIO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sánchez RN, Aborharp HZ, Flores BE, García RF, Cortés GE, Muñoz AA, Álvarez MJ, Frías P. Departamento de Cirugía Oncológica, Hospital Juárez de México. México, D.F.

Introducción: Los tumores de mesenterio son raros, principalmente corresponden a lesiones quísticas con relación de 2:1 contra las sólidas. Las lesiones quísticas principalmente son benignas con sus dos excepciones de los linfangiosarcomas y los teratocarcinomas. **Presentación de un caso:** Paciente femenina 57 años con cuadro clínico de tres años de evolución con dolor en fosa iliaca derecha de forma insidiosa, irradiación hacia la región dorsal, posteriormente se agregan cambios en los hábitos intestinales caracterizados por periodos de estreñimiento y constipación, así como hematoquecia en dos ocasiones. La EF: se identifica lesión a nivel de fosa iliaca derecha de bordes irregulares no dolorosa móvil, de aproximadamente 7x10 cm. Se inicia protocolo de estudio, colonoscopia negativa, tránsito intestinal con rechazo de asas intestinales así como aparente defecto de llenado a nivel de íleon distal, TAC: Lesión irregular la cual depende del mesenterio de íleon terminal. Se realiza cirugía encontrando: lesión sólida a nivel de mesenterio a 15 cm de válvula ileocecal de 10x15 cm, realizando resección intestinal incluyendo mesenterio. Se reporta histológicamente como lipoma. **Discusión:** Los tumores de mesenterio son raros, los más comunes son los quísticos teniendo dos picos de incidencia; la infancia donde las lesiones más comunes son quísticas y adultos mayores donde son más comunes las lesiones malignas sólidas, pueden tener su origen en el tejido: linfático, vascular, nervioso o conjuntivo. Las lesiones benignas son más frecuentes que las malignas. El tratamiento se basa en resección quirúrgica; las quísticas se tratan con enucleación y las sólidas con escisión amplia y resección intestinal.

TC-240

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sánchez RN, Aborharp HZ, Flores BE, García RF, Cortés GE, Muñoz AA, Serrano OR. Departamento de Cirugía Oncológica, Hospital Juárez de México. México, D.F.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GISTs) son tumores mesenquimatosos del tracto gastrointestinal; histológicamente son neoplasias de células fusiformes. Actualmente se definen como c-Kit positivos. Históricamente se han clasificado como benignos y malignos. **Presentación de caso:** Paciente femenina de 58 años con antecedente de cáncer cervicouterino tratada en el 2000, la cual acudió al servicio de Oncología para continuar con su control. Se refiere asintomática a su ingreso por lo que se solicita tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis, donde se identifica incidentalmente lesión a nivel de cuerpo gástrico que incluye la pared gástrica por lo que se inicia protocolo de estudio. Endoscopia superior: Curvatura mayor con lesión de aspecto submucoso discretamente irregular no se encuentra erosión ni datos de sangrado. Ultrasonografía endoscópica: lesión hipoeoica de 4 cm de diámetro delimitándose a la mucosa, submucosa empujada por una lesión que depende de la muscular. Se lleva a cirugía realizando gastrectomía subtotal con reporte histopatológico: Tumor del nervio autónomo gastrointestinal. **Discusión:** La definición del término GISTs ha evolucionado en los últimos años. Los tumores que se reconocen ahora como GISTs, frecuentemente se diagnosticaban erróneamente. La aceptación de c-Kit como marcador de diagnóstico ha aclarado la clasificación de estos tumores. Los criterios de pronóstico para evaluar el grado del potencial maligno son: tamaño tumoral, celularidad, necrosis, mitosis, patrón de crecimiento y mutación de c-Kit. La cirugía es la única opción de tratamiento exitosa y la resección completa todavía es el único tratamiento que puede curar definitivamente la enfermedad.

TC-241

HERNIA DE MORGAGNI COMO CAUSA DE OCLUSIÓN COLÓNICA; PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rodríguez FP, Estrada MA. HG Dr. Nicolás San Juan, Instituto de Salud del Estado de México. Toluca, Estado de México

La hernia de Morgagni es un defecto congénito que se produce entre la 8ª y 10ª semana de vida fetal, representa el 3% de los casos de hernias diafragmáticas, siendo el lado derecho el más afectado. El diagnóstico habitualmente es incidental en la edad adulta, la sintomatología va desde estreñimiento, disnea postprandial hasta asintomáticas. El contenido de la hernia puede ser epiplón, colon, estómago, hígado e intestino delgado. Y el tratamiento es por abordaje abdominal, con cierre primario o aplicación de una malla. El abordaje laparoscópico es el ideal en casos bien estudiados. **Caso:** Paciente masculino de 65 años de edad que ingresó a urgencias con dolor de 18 horas de evolución, localizado a fosa iliaca derecha, sin fiebre o sintomatología agregada, a la EF con signos apendiculares. Laboratorio normal. Rx simples de abdomen se aprecia dilatación de colon derecho y ausencia de aire en el resto del colon; Tele de tórax con burbuja de aire por encima del hemidiafragma derecho. Se sometió a laparotomía exploradora con el diagnóstico de probable hernia diafragmática y oclusión de colon secundaria. Los hallazgos operatorios es una hernia de Morgagni, conteniendo el inicio del colon transverso en su interior, sin compromiso intestinal, se realiza reducción de éste a la cavidad peritoneal y se repara el defecto herniario con nylon del 0, surgete simple. La evolución postoperatoria es adecuada sin presentar paresia del diafragma afectado.

TC-242

FÍSTULA APENDICULAR EXTERNA ESPONTÁNEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rodríguez FP. HG Dr. Nicolás San Juan, Instituto de Salud del Estado de México, Toluca

Caso clínico: Se trata de un paciente femenino de 40 años de edad con padecimiento de 3 semanas de evolución, salida espontánea de material purulento por el costado derecho del abdomen, 5 cm por encima de la cresta iliaca. Como antecedente de importancia diabetes mellitus no insulino dependiente de 4 años de evolución, mal controlada, no descompensada, y cuadros repetitivos de infección de vías urinarias. Se decide realizar una fistulografía con el hallazgo de un trayecto tortuoso que se extiende incluso por delante del hueso iliaco derecho y en su trayecto superior finalmente termina en colon derecho. Se decide someter a exploración quirúrgica con el Diagnóstico de probable absceso apendicular. Los hallazgos operatorios son: Ciego y apéndice cecal con posición alta, el apéndice cecal adosado a retroperitoneo, sin encontrar otra adherencia de colon a la pared se comienza la disección del apéndice, visualizando en su pared lateral orificio de 1 cm aproximadamente que se comunica con el trayecto fistuloso, el cual continúa hasta el riñón derecho y hacia la cresta iliaca. El riñón disminuido de tamaño y aumentado de consistencia, no se realiza nefrectomía por no contar con urograma y gammagrama preoperatorio, así como la autorización para su resección, únicamente se realizó apendicectomía y legrado del trayecto de la fístula, con una evolución postoperatoria satisfactoria.

TC-243

LINFANGIOMA QUÍSTICO BENIGNO DE CUELLO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rodríguez FP, Espinoza RO. HG Dr. Nicolás San Juan, Instituto de Salud del Estado de México. Toluca, Estado de México

El linfangioma quístico benigno es una deformación congénita de un vaso linfático, que consta de una cavidad, linfa y estroma. Pueden estar involucrados en su interior estructuras vitales como arterias, venas y nervios lo que en un buen porcentaje impide su resección. Tiene una incidencia de 1/12,000 nacidos vivos. Su localización es tórax y cuello (75%), axila (20%), retroperitoneo, intestino, páncreas,

bazo, hígado, suprarrenales y escroto (5%). Son más comunes en la infancia y adolescencia y son muy raros después de la tercera década. La mayoría son asintomáticos o da síntomas por efecto de masa. Se puede complicar con infección, hemorragia, obstrucción intestinal y ascitis. En el USG aparece como formaciones septadas, multiloculadas y con imágenes ecogénicas en su interior. La TAC nos orienta hacia su resecabilidad. Tratamiento: la excéresis completa es lo ideal, sin embargo la localización de cuello en especial es de difícil abordaje y resecabilidad con un índice elevado de morbimortalidad por lo que se prefiere la esclerosis con alcohol, doxiciclina y más recientemente el OK-432. **Caso clínico:** Paciente femenino de 29 años de edad con PA de 6 meses de evolución, crecimiento asimétrico en el cuello, sin síntomas agregados ni síndrome de consumo, a la punción diagnóstica se obtiene un líquido semioscuro cuyo examen citológico revela un linfangioma benigno. El USG reporta imagen multiloculada de predominio en cuello derecho, adosado íntimamente a carótida. Se procede a realizar la esclerosis con Doxiciclina, la cual se repite una vez más con involución total a los 6 meses de seguimiento.

TC-244

ESTENOSIS TRAQUEAL SECUNDARIA A INTUBACIÓN PROLONGADA

Avalos F, Berdeal E, Alustiza I, Rodríguez E, González Puente E, García L, Mendoza G, Uribe H. Departamento de Cirugía General. Hospital Universitario de Saltillo

Antecedentes: Definida como estrechamiento parcial o total de la vía aérea superior que condiciona dificultad para respirar, siendo congénito o adquirido, de este último más frecuente por intubación prolongada en 95%. **Objetivo:** Importancia de la extubación temprana para disminuir el riesgo de estenosis traqueal. **Material y métodos:** Paciente femenino de 20 años que sufre TCE severo 7 meses previos a su ingreso, siendo necesario intubarla por 17 días; su ingreso a nuestra unidad con broncoespasmo severo, se intenta intubación sin ser exitosa por existir estenosis de tráquea, se aboca cánula 7.0 en límites de la misma, pasa a UCI. TAC cervicotorácica demuestra estrechez concéntrica del 60% y longitud de 15 mm a 3 cm por arriba de la carina; realizamos traqueoplastia con resección y anastomosis término-terminal, se coloca punto toracomentoniano para evitar la extensión del cuello y cuidar la anastomosis, pasa a UCI, extubada a las 24 hrs, egresa a los 8 días, primer control en 21 días con adecuada cicatrización y dos granulomas anteriores de 1 mm. **Conclusiones:** La intubación prolongada constituye la principal causa de trauma traqueal que condiciona la estenosis, siendo necesario, entonces, la extubación temprana para disminuir su incidencia; la cirugía constituye el tratamiento de elección en este tipo de pacientes que presentan dificultad respiratoria aguda con buena respuesta a corto plazo al tratamiento.

TC-245

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS PILÓRICA POR ENFERMEDAD ÁCIDO PÉPTICA

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

La cirugía de úlcera péptica se encuentra restringida a un grupo específico de pacientes; su finalidad es erradicar la enfermedad, disminuir la morbimortalidad y dejar el tracto digestivo lo más fisiológicamente posible; el objetivo es eliminar la lesión patológica con base en el tipo de lesión y reduciendo la secreción ácida, ya sea por medio de la sección del vago, eliminación del estímulo hormonal en el antro y la disminución en el número de células parietales. El tratamiento se realizará por sus complicaciones ya sea: rebeldía a la terapéutica médica, hemorragia, perforación, obstrucción; y el tipo lo determinará: si es urgencia, edad, sexo, complejidad, sitio y tamaño de la úlcera, gravedad. Con la introducción de los medicamentos protectores de la mucosa gástrica, se observó disminución en la cirugía gástrica por enfermedad ulcerosa, limitándose solamente al

manejo de sus complicaciones; las cuales han ido en aumento; y para las cuales existen diversos procedimientos; en los cuales varía el porcentaje de morbilidad y recurrencia. Presentamos el caso de paciente de 26 años; ingresado por STDA, que tras estudio endoscópico se aprecia estenosis pilórica de causa péptica; se completa estudio y se programa para cirugía realizando vagotomía troncular y antrectomía; con adecuada evolución hasta el momento. En la actualidad aún se encuentra a discusión acerca de qué tipo de tratamiento es mejor, dado a lo cual existen múltiples procedimientos; sin embargo, hasta la fecha, la vagotomía más antrectomía muestra baja recurrencia 1-2% así como morbilidad de 13-29% y 0.6-1.8% respectivamente siendo en este caso la opción terapéutica de elección.

TC-246

SÍNDROME PEUTZ-JEGHERS Y OBSTRUCCIÓN. REPORTE DE UN CASO

Moreno J, Ramos M, Ibarra L, Reyes G, Hdz J, Méndez J. Hospital General "Dr. Alfredo Pumarejo Matamoros", Tamaulipas, México

Objetivo: Reportar un caso clínico de paciente con obstrucción intestinal como complicación de síndrome Peutz-Jeghers (PJS), abordaje diagnóstico, terapéutico y evolución. **Material y métodos:** Se realizó el diagnóstico, tratamiento y evolución de un caso de síndrome Peutz-Jeghers así como revisión bibliográfica para el reporte de caso, Sede Hospital de Segundo Nivel. **Descripción del caso:** Se trata de paciente femenino de 9 años con PJS que presenta paroxismos de dolor abdominal tipo cólico y vómitos intermitentes con presencia de masa palpable en epigastrio evolucionando a obstrucción intestinal, sometiendo a laparotomía exploradora encontrándose invaginación intestinal secundaria a pólipo único ya con compromiso vascular, tratándose con resección de 109 cm de yeyuno y realizando entero entero anastomosis término-terminal. Mostrando mejoría clínica indicándose alta y evolucionando favorablemente durante 2 meses de seguimiento por la consulta externa. **Conclusión:** El PJS es una enfermedad autonómica dominante que se caracteriza por la presencia lentigines en mucosa oral, anal y dedos asociada a la presencia de pólipos hamartosos en el tracto digestivo, dentro de las principales complicaciones se encuentra la invaginación intestinal, obstrucción y sangrado, las cuales requieren de manejo quirúrgico y de un seguimiento de por vida por la alta incidencia de cáncer asociada a PJS. El PJS es una patología rara no reportada en nuestro hospital por lo que reportamos esta experiencia y la comparamos con la literatura.

TC-247

PERFORACIÓN COLÓNICA Y NECROSIS ESPLÉNICA SECUNDARIA A PANCREATITIS AGUDA. REPORTE DE UN CASO

Sánchez-Reyes K, Sánchez-Fernández P, Caballero Luengas C, Rubio S, Rosenberg GC, Blanco BR. Departamentos de Cirugía Gastrointestinal y Radiología. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, D.F.

Antecedentes: En episodios graves de pancreatitis aguda pueden existir complicaciones sistémicas (insuficiencia respiratoria y renal, SIRA y depresión miocárdica) y locales. De estas últimas se incluyen el desarrollo de infección pancreática o peripancreática y la formación de pseudoquistes. Los abscesos pancreáticos son acumulaciones localizadas de pus en el páncreas y limitados por una cápsula y la mortalidad relacionada es cercana al 20%. **Informe del caso:** Femenino de 67 años con EPOC, en septiembre del 2003 presentó abdomen agudo, se realizó CCT abierta y cursó con pancreatitis aguda moderada. Reingresa 3 semanas después con dolor abdominal y fiebre, US y TAC con absceso subfrénico izquierdo, recibe manejo con antimicrobianos y se egresa. En noviembre presentó STDB con rectosigmoidoscopia negativa, persistió el dolor abdominal y fiebre, nueva TAC con absceso subfrénico izquierdo y ausencia de bazo; ameritó LAPE con hallazgos de absceso periesplénico, bazo necrosado, vasos esplénicos trombosados y perforación de 3 cm del

ángulo esplénico del colon, se realizó esplenectomía, colostomía y lavado de cavidad. Doce días después remodelación de colostomía, manejada en UCI e imposibilidad para extubar, posteriormente traqueostomía y lavado de cavidad con yeyunostomía por perforación yeyunal a 15 cm de ángulo de Treitz. Desarrolló neumonía (*Candida* y *Pseudomona*), y trombosis venosa profunda, con derrame pleural bilateral, posteriormente insuficiencia renal y acidosis metabólica persistente, con deterioro y muerte.

TC-248

FRECUENCIA DE GANGRENA DE FOURNIER. HOSPITAL DE 2º NIVEL

Reyes CG, Navarro A, Ibarra L, Méndez J, Moreno J. Hospital General "Dr. Alfredo Pumarejo Matamoros", Tamaulipas, México

Objetivo: Reportar la frecuencia de casos de Gangrena de Fournier (G.F.) en un Hospital de Segundo Nivel durante el periodo enero 2002 a junio 2004, presentación clínica, abordaje diagnóstico, terapéutico y evolución. **Antecedentes:** Gangrena de Fournier es una patología poco común caracterizada por fascitis necrotizante de las regiones perirrectal, perianal y/o genital con gangrena de la piel suprayacente, un comienzo brusco y rápida progresión. **Material y métodos:** Se revisaron los casos de (G.F.) transcurridos durante el periodo enero 2002-junio 2004 tratados en el servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Alfredo Pumarejo (2º. Nivel). Se revisó la edad, sexo, factores predisponentes, etiología, localización de la lesión, microbiología, tratamiento realizado y evolución de estos. **Resultados:** Se encontraron 4 casos (2002), 6 (2003), 4 (2004), hombres 11 casos (79%), predominio del rango de edad 40-60 años. La diabetes mellitus fue asociada en el 86% (12) como factor predisponente, uso de alcohol y pobre higiene en el 64% de los casos (9), etiología anorrectal en 58% (8), localizándose las lesiones en periné y escroto principalmente, con *E. coli* y *B. fragilis* son los gérmenes más reportados, todos requirieron drenaje, desbridamiento y lavado quirúrgico, nutrición parenteral en 57% (8), antibióticos en el 100%, reconstrucción plástica (2). Evolucionando satisfactoriamente, sólo 2 defunciones; mortalidad 14%. **Conclusiones:** La G.F. vista en nuestro hospital muestra similitud (resultados) a estudios contemporáneos, además del diagnóstico rápido y radical tratamiento quirúrgico el apoyo nutricional es esencial para mejorar los resultados y/o obtenerlos en forma más temprana.

TC-249

EXPERIENCIA DEL LAVADO PERITONEAL DIAGNÓSTICO Y ULTRASONIDO EN TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN EN EL HOSPITAL GENERAL DE H. MATAMOROS

Reyes CG, Navarro A, Ibarra L, Méndez J, Moreno J. Hospital General "Dr. Alfredo Pumarejo Matamoros", Tamaulipas, México

Objetivo: Evaluar la utilidad de técnicas diagnósticas en pacientes con traumatismo cerrado de abdomen (TCA) como el ultrasonido (USG) y el lavado peritoneal diagnóstico (LPD) en el Hospital General de Matamoros (HGM) de enero 2003 a mayo del 2004. **Antecedentes:** El paciente que sufre TCA es un problema de salud que crea un desafío diagnóstico y terapéutico. En algunos países se prefiere el uso de técnicas no invasivas como USG; en México el lavado peritoneal diagnóstico (LPD) es de frecuentemente aplicación. **Material y métodos:** Se valoró a pacientes con TCA que ingresaron a la sala de urgencias del HGM en el periodo de estudio y que se evaluaron con LPD y USG y finalizaron en laparotomía. **Resultados:** Se valoraron un total de 37 pacientes; 28 sometidos a LPD y 9 a USG. 25 dentro del rango de edad 18-30; en su mayoría con mecanismo de lesión secundario a accidente automovilístico (36). Aquellos sometidos a LPD presentaron 8 casos de lesión de hígado (40%), 4 de bazo (20%), 4 de intestino delgado (20%), requiriendo procedimiento quirúrgico 20 y conservador 8, complicándose 3. Y aquellos sometidos a USG presentaron 4 casos de lesión hepática (40%), 1 esplénica (20%) y 1 lesión retroperitoneal (20%), requiriendo procedimientos quirúrgicos en 7 y conservador en 2,

complicándose sólo 2 pacientes. Sin registro de muertes. **Conclusiones:** El accidente automovilístico fue la causa principal de TCA, el hígado fue el órgano más afectado, El ultrasonido es útil para lesiones retroperitoneales. El LPD y USG son aplicables con estabilidad hemodinámica.

TC-250

GASTROGASTROANASTOMOSIS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VÁRICES ESOFÁGICAS

Leyva GO, Alarcón-Jarsún GA, Garteiz MD, Martínez-Ordaz JL, Suárez MRM, Blanco BR. Departamento de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

Objetivo: Reportar la experiencia de nuestro servicio en el manejo de los pacientes con várices esofágicas secundario a hipertensión portal. **Antecedentes:** Se ha reportado el fallecimiento de hasta el 50% de los pacientes en el primer evento y un resangrado del 60% durante el primer año. El manejo de los pacientes varía desde el tratamiento médico hasta intervenciones quirúrgicas. Reportamos el resultado de una técnica desarrollada en nuestro servicio. **Pacientes y métodos:** Fueron en total 56 pacientes, 29 hombres y 27 mujeres, con una edad promedio de 47 años. El origen de la hipertensión porta fue cirrosis en 54 pacientes y en los 2 restantes fue secundaria a trombosis de la vena porta. 27 pacientes fueron Child A, 28 pacientes Child B y 1 paciente Child C. En la mayor parte de los pacientes el procedimiento se realizó de forma electiva, sólo uno de los casos fue intervenido de urgencia. Todos los pacientes tenían antecedentes de eventos de hemorragia secundaria a várices esofágicas, 49 de ellos con dos o más eventos. Además de la gastrogastroanastomosis a 38 pacientes se les realizó esplenectomía en el mismo procedimiento quirúrgico. La mortalidad operatoria fue de 5 pacientes (9%). El índice de resangrado secundario a várices esofágicas al año fue de 6 pacientes (11%) siendo 4 de ellos durante los primeros 30 días postoperatorios. (dos de estos pacientes fallecieron). **Conclusiones:** La gastrogastroanastomosis es un procedimiento que tiene un bajo índice de resangrado y con una mortalidad operatoria por abajo del 10%.

TC-251

ADENOCARCINOMA DEL TERCIO INFERIOR DEL RECTO ORIGINADO EN UN PÓLIPO TUBULOVELLOSO

Shuck BC, Blas FM, Palacios RJA, Valdez MD, Flores GF, Herrera EJJ, Covarrubias RJ, Orozco TLM. Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Hospital General "Dr. Manuel Gea González" SSA

Introducción: Los pólipos son los tumores colorrectales con tendencia maligna más comunes. Con prevalencia de 1.6 a 12%, 40% en mayores de 70 años. Clasificándose en neoplásicos y no neoplásicos de los cuales sólo los neoplásicos tienen potencial maligno. **Reporte del caso:** Femenino de 43 años, apendicectomía y cesárea hace 5 y 10 años respectivamente, fumadora desde hace 10 años. Presenta sangrado transanal, tacto rectal tumoración sólida de 2 x 2.5 cm, 1 cm arriba de la línea dentada, se realiza sigmoidoscopia flexible encontrando pólipo sésil friable, resección fallida, en segundo intento colonoscopia y resección parcial de pólipo. Histopatología reporta adenoma tubular con displasia de bajo grado. Persiste sangrado transanal. En la exploración proctológica encontramos pólipo sésil de 2 x 3 cm, friable, sangrante al contacto, cerebroide. Realizamos protocolo completo de estudio, sin evidencia de extensión locorregional o a distancia. Se realiza resección amplia del pólipo vía transanal, con reporte de histopatología de adenocarcinoma moderadamente diferenciado originado del adenoma tubulovelloso, con bordes quirúrgicos libres de tumor. La paciente en control del servicio desde hace 18 meses, sin evidencia de recidiva tumoral. **Discusión:** En México la mortalidad por cáncer colorrectal ha aumentado hasta 1.5 x 100,000 en colon y 0.4 en ano, la secuencia adenoma-carcinoma en la historia natural del cáncer colorrectal está plenamente demostrado y algunos de los factores que contribuyen

de forma directa son el tamaño del pólipo (mayor de 2 cm), el tipo histológico (adenoma tubular 5%, tubulovelloso 22% y vellosos 45%) el grado de displasia (leve, moderada y severa).

TC-252

COLON TÓXICO SECUNDARIO A COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA. REPORTE DE UN CASO

Blas FM, Rocha RJL, Palacios RJA, Flores GF, Shuck BC, Covarrubias RG, Herrera EJJ, Orozco TLM. Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI. México D.F. Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". México, D.F.

Introducción: La colitis pseudomembranosa es una complicación secundaria al uso indiscriminado de antibióticos en la cual los pacientes cursan frecuentemente con diarrea acuosa (90-95%), fiebre (80%), dolor abdominal tipo cólico (80-90%) y leucocitosis (80%). El megacolon tóxico es una complicación de la colitis caracterizada por la dilatación aguda de todo o una parte del colon con un diámetro mayor de 8 cm. **Reporte de caso:** Hombre de 62 años diabético, hipertenso, es intervenido en HGZ por oclusión intestinal, manejado con antibióticos del tipo de las cefalosporinas por una semana. Al ingreso cursa con evacuaciones líquidas acompañadas de moco y sangre, distensión abdominal. Realizamos videocolonoscopia encontrando mucosa friable con múltiples pseudomembranas circulares de 2-6 mm, cubiertas de fibrina en recto y sigmoides, microscópicamente compatibles con colitis pseudomembranosa, se inicia manejo médico con metronidazol. Evolución tórpida, al tercer día cursa con evacuaciones líquidas 12 en 24 hrs, distensión abdominal. Rx de abdomen colon dilatado 12 cm en ciego, leucocitos 13,000/mm³. Se interviene quirúrgicamente, hallazgos dilatación del colon, predominio colon derecho 12-14 cm. Le realizamos colectomía subtotal, procedimiento de Hartmann e ileostomía temporal, al tercer día iniciamos la vía oral, y es egresado al quinto día, en la actualidad con ileostomía en espera de restitución del tránsito intestinal. **Discusión:** La colitis pseudomembranosa se desarrolla de los 5 a los 10 días de manejo antibiótico, puede extenderse hasta de 5 semanas. En pacientes con manejo inadecuado o retardado puede desarrollarse megacolon tóxico, con múltiples perforaciones con mortalidad por arriba del 30%.

TC-253

TERATOMA MADURO GIGANTE DE MEDIASTINO. REPORTE DE CASO

Jiménez-Fuentes E, Domínguez-Parra L, Rojas-Calvillo A, Lever-Rosas CD, Calderillo G, Padilla-Rosciano A, Becerra-García FC. Hospital General "Manuel Gea González". Instituto Nacional de Cancerología México. México, D.F.

Antecedentes: Los tumores germinales de mediastino representan el 15% de los tumores de dicho sitio, con una frecuencia mayor en hombres de la tercera década de vida y con predominio en el mediastino anterior. **Objetivo:** Reportar la experiencia en el manejo multidisciplinario de un caso de teratoma gigante de mediastino. **Reporte de caso:** Hombre de 19 años de edad con un mes de evolución con dolor torácico acompañado de tos, disnea y pérdida de peso. Al examen físico se encontró con desnutrición severa, hipoaeración del hemitórax izquierdo. Los hallazgos radiológicos mostraron evidencia de una masa en hemitórax izquierdo con desviación mediastinal. Presentó gonadotropina coriónica de 14562 mUI/mL y α fetoproteína de 6,577 ng/mL. La biopsia percutánea demostró tumor primario de células germinales. Se inició quimioterapia neoadyuvante basada en cisplatino logrando reducción de marcadores tumorales a niveles normales. Se realizó cirugía radical con resección en-bloc y neumonectomía. Actualmente el paciente se encuentra sin evidencia de recurrencia local o distante tras 18 meses de seguimiento. **Discusión:** Los tumores no seminomatosos de mediastino son poco frecuentes. 90% se presentan con síntomas y el tratamiento inicial es quimioterapia basada en cisplatino. La cirugía se reser-

va para casos con enfermedad residual con marcadores tumorales normales y para aquellos sin respuesta a la quimioterapia. Se ha descrito un 85% de éxito en el tratamiento con quimioterapia neoadyuvante y cirugía para resección de tumor residual. Se incluyen imágenes de radiología, tomografía previa y postquirúrgica así como transoperatorias.

TC-254

REPARACIÓN DE LESIONES LONGITUDINALES IATROGÉNICAS DE LA VÍA BILIAR

Ramírez CV, Hermosillo SJM, Gutiérrez-DJL, Olivares BJJ. Departamento de Cirugía General. Hospital de Especialidades. CMNO. IMSS. Guadalajara, Jal. Méx.

Antecedentes: La lesión de vías biliares persiste como complicación en colecistectomías (menor al 0.5%). **Objetivo:** Presentar dos casos de lesión de vías biliares, reintervenidos 7 días después de la lesión, para su reparación. **Presentación de casos:** Primer caso; femenina, 30 años, con colecistitis litiasica. Se efectúa colecistectomía laparoscópica, egresada al día siguiente. Doce días después enviada por ictericia, vómitos, dolor, distensión e irritación peritoneal, fiebre, leucocitos 13,800, pruebas funcionales hepáticas alteradas. Rx. Abdomen: niveles hidroaéreos, dilatación de asas. ECO: líquido libre. Se reinterviene al 13vo día encontrando 5 litros de bilis, lesión longitudinal de colédoco (8 mm), cara anterior, reparándose colocando sonda en T 16 Fr, colangiografía transoperatoria. Egresada al tercer día. 15 días después se retiró sonda en T). Segundo caso femenina 62 años. Sometida a colecistectomía abierta, fuga biliar al día siguiente, egresándose al 5to día. Reingresa al 13 día por abdomen agudo, fiebre, distensión abdominal, leucocitos 25,400. ECO: líquido libre y PFH alteradas. Se reinterviene encontrando bili-peritoneo (2,000 ml), colédoco ligado y lesión longitudinal de 1 cm longitud. Se retira ligadura y coloca sonda en T 16 Fr, efectuando colangiografía. Se egresa al 5to día. A las 3 semanas se retira sonda en T. **Resultados:** Actualmente con PFH normales, primer caso a 6 meses de su reparación y segundo al mes, sin estenosis. **Conclusiones:** Las lesiones longitudinales pueden manejarse con fertilización, sonda en T, retiro de sutura o grapa, con resultados favorables si se efectúa dentro de la primera semana a la lesión.

TC-255

MANEJO DE CUERPOS EXTRAÑOS ENCLAVADOS EN HIPOFARINGE

Ramírez CV, Hermosillo SJM, Gutiérrez DJL, Olivares BJJ. Departamento de Cirugía General. Hospital de Especialidades. CMNO. IMSS. Guadalajara, Jal. Méx.

Antecedentes: La localización de cuerpos extraños esofágicos en adultos es más frecuente a nivel cervical, y la endoscopia flexible es de elección para su extracción, la rígida es de gran utilidad al fallar la anterior. Por último, si la endoscopia falla, el abordaje quirúrgico evitará complicaciones iatrogénicas en su extracción. **Objetivo:** Presentación de un caso con ingesta accidental de una prótesis dental, enclavada en hipofaringe, con imposibilidad de extracción por endoscopia, que ameritó manejo quirúrgico. **Presentación del caso:** Masculino, 53 años, tabaquismo y alcoholismo (+), DMII, que acude al servicio de urgencias por ingesta de prótesis dental en forma accidental 7 días previos, refiriendo disfga y sialorrea, valorado por el servicio de Otorrinolaringología y Gastroenterología sin poder extraer la prótesis por vía endoscópica, localizándose a nivel de hipofaringe. Por lo anterior se somete a cirugía con abordaje cervical lateral izquierdo, incisión sobre hipofaringe de 2.5 cm, extrayendo el cuerpo extraño y suturando con poliglactina 000 Connell-Smith, sellándose con plano muscular. Al 5º día se realiza estudio hidrosoluble, con ausencia de fugas, egresado a la semana. **Resultados:** A la tercer semana de seguimiento sin complicaciones, con ingesta oral aceptable, sin infección. **Conclusiones:** La gran mayoría de cuerpos extraños en esófago se extraen por vía endoscópica, pero en los ca-

sos que se enclavan, la cirugía es la única opción evitando mayor iatrogenia al intento de extracción.

TC-256

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA COLEDOCOLITIASIS MEDIANTE LAPAROSCOPIA EN EL CENTRO MÉDICO ISSEMYM

Plazola CLG, Mondragón SA, De Giau TLF, Pérez PY, Licona OJA, Rosales SAA, Mondragón SR. Departamento de Cirugía General y Endoscopia. Centro Médico ISSEMYM. Metepec. Estado de México

Antecedentes: La exploración de vías biliares por laparoscopia es un procedimiento que cada vez se utiliza más para el tratamiento de la coledocolitiasis de manera exitosa. Su uso se ha generalizado gracias al apoyo tecnológico, experiencia y habilidades desarrolladas en cirugía endoscópica. **Objetivo del estudio:** Revisión y análisis de resultados de procedimientos realizados para coledocolitiasis por vía laparoscópica. **Material y método:** Analizamos de manera prospectiva todos los pacientes sometidos a exploración de vías biliares por laparoscopia en el CMI. Nuestro protocolo de manejo brevemente incluye lo siguiente: una vez que se realiza el diagnóstico de coledocolitiasis el paciente se somete a CPRE con extracción de litos preoperatoria, si ésta es fallida o si se realiza el diagnóstico durante el transtoperatorio el paciente se somete a colecistectomía + EVB por laparoscopia. **Resultados:** De enero de 2003 a mayo de 2004 un total de 14 pacientes fueron reclutados para el estudio. La edad promedio fue de 43.3 años, la técnica quirúrgica fue por coledocotomía en todos los pacientes, de éstos, 12 fueron manejados con sonda en T y a dos se les realizó coledocoduodeno-anastomosis. La extracción de los litos fue asistida con catéter Fogarty en 12, únicamente con lavado en 1 paciente y además colangioscopia con ayuda de canastilla de Dormia en 8 pacientes. La estancia hospitalaria promedio fue de 4 días, no hubo complicaciones mayores ni mortalidad en esta serie. No hubo casos con litiasis residual. **Conclusiones:** Aunque nuestra serie es pequeña, esta experiencia muestra que la exploración de vías biliares por laparoscopia en nuestro medio es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de la litiasis de colédoco.

TC-257

TRICOBEOZAR GÁSTRICO, REPORTE DE UN CASO

Martínez CG, Olivera VJL, Badillo BA, Cruz R JM, Reyes SG. Hospital Juárez de México SSA. México, D.F.

Antecedentes: Término utilizado a la acumulación de cuerpos extraños, como pelo, vegetales, medicamentos, el tricobezoar está compuesto de pelo por tricofagia. Es frecuente en niñas con trastornos emocionales, existe retardo en vaciamiento gástrico, dolor abdominal, plenitud, ulceración y sangrado, el diagnóstico preoperatorio se realiza mediante endoscopia, y auxiliares como ultrasonidos, estudios contrastados y tomografía. **Objetivo:** Reporte de 1 caso en el que su única manifestación clínica era palpación de masa abdominal. **Caso:** Paciente femenino de 14 años de edad con antecedente de personalidad ansiosa, se palpa masa abdominal en cuadrante superior derecho de 3 meses de evolución sin ninguna otra sintomatología, exploración física con zonas de acortamiento de cabello en nuca, abdomen con masa de consistencia firme en cuadrante superior derecho de consistencia firme, movable no adherida a planos profundos ligeramente dolorosa, radiografía de abdomen con radiopacidad ocupa toda cámara gástrica antro y cuerpo, ultrasonido abdominal imagen ecogénica con sombra sónica con dimensiones de 85x77 mm en hipocondrio derecho, se somete a laparotomía exploratoria identificando estómago firme con pared engrosada, se realiza gastrostomía transversa en cuerpo gástrico encontrando tricobezoar que llena toda la cavidad gástrica. Se procede a despegamiento y extracción del mismo cerrando estómago en dos planos sin complicaciones. La evolución es adecuada egresándose 5 días después con tratamiento psiquiátrico con imipramina. **Conclusión:** Los tricobezoes son asintomáticos hasta que alcanzan un tamaño crítico, casi todos son muy grandes por lo que se necesita tratamiento

quirúrgico, lo más importante es seguimiento clínico y psiquiátrico para prevenir recurrencia.

TC-258

PRESENTACIÓN DE 3 CASOS DE QUISTES HEPÁTICOS GIGANTES EN EL HOSPITAL GENERAL DE PUEBLA

Zarain A, Sánchez B, Orozco K. Servicio de Cirugía, Hospital General de Puebla

Introducción: Revisión de 3 casos de pacientes con quistes hepáticos gigantes atendidos en el HGP. **Objetivos:** Presentación de los casos de 3 pacientes los cuales presentaron quistes hepáticos gigantes a los cuales se había diagnosticado previamente como tumores abdominales de origen probablemente maligno, diagnosticados y tratados en el HGP, con evolución satisfactoria. **Material y métodos:** Revisión de 3 casos referidos al HGP, con diagnósticos iniciales de tumores abdominales de origen probablemente maligno a los cuales se les realizó estudios de rutina USG abdominal TAC, diagnosticándose quistes hepáticos simples, se realizó revisión de expedientes, y evolución posterior a la resección quirúrgica de los mismos. **Resultados:** En los 3 casos los quistes fueron tratados por cirugía abierta, con destechamiento y marsupialización de bordes, en un caso se realizó ascenso de epiplón, los tres casos con adecuada evolución. No se presentaron complicaciones quirúrgicas en ninguno de los pacientes, el tiempo de estancia hospitalaria fue de 3 días y seguimiento de los pacientes durante 1 año sin complicaciones. **Conclusiones:** Los quistes hepáticos simples son una patología que requiere estudio minucioso, para no cometer errores diagnósticos y terapéuticos, el tratamiento de los quistes es sencillo, con muy baja morbilidad y mortalidad, cuando se realiza un diagnóstico diferencial adecuado y se establece tratamiento quirúrgico apropiado.

TC-259

MIASIS FACIAL COMO COMPLICACIÓN DE CARCINOSARCOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Saavedra RN, Duran NLA, Hdz-Reguero JL, Sánchez E, Serrano-Moya I. Hospital INCAN, Huamantla, Tlax.

Se presenta un caso clínico de carcinosarcoma facial complicado con miasis dermatocutánea en un hospital de segundo nivel en Huamantla Tlaxcala; así como la revisión bibliográfica. Masculino, 43 años, desempleado, alcoholismo y tabaquismo intensos desde los 15 años. Acude a nuestra unidad en noviembre del 2000 por epistaxis encontrándose tumoración en nariz izquierda y estigmas de cirrosis hepática. Es referido al INCAN donde se diagnostica carcinosarcoma facial fuera de tratamiento quirúrgico por presentar múltiples cutáneos; se somete a radio y quimioterapia paliativas mismas que abandona en julio del 2003. En agosto es traído a nuestra unidad con Glasgow de 9, olor fétido a distancia, hemicara izquierda deshecha con presencia de larvas de díptero y datos clínicos de choque séptico. Se egresa a su domicilio por máximo beneficio. **Antecedentes y discusión:** En 1840 Hope utiliza por primera vez el término miasis y en 1964 Zumpt la define como "la infestación de animales vertebrados y humanos con larvas de dípteros, las cuales se alimentan de tejidos vivos y muertos del hospedador. Se clasifican de acuerdo a: Comportamiento reproductor: Miasis obligatorias. Semiespecíficas o accidentales. Clínicamente: Miasis cutáneas, profundas, intestinales etc. Tipos biológicos y procesos de invasión: Invasor primario, penetran a través de la piel intacta u orificios del hospedador. Invasor secundario: Aprovechan discontinuidades traumáticas en la piel. La forma más frecuentemente observada en tumores es *Hypoderma bovis* e *Hypoderma lineata*. Los factores como la pobreza, abandono social y adicciones son preponderantes para permitir al avance de estas patologías a extremos tales como el aquí presentado.

TC-260

INVAGINACIÓN INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Hernández CJ, Martínón SA, Martínez QM, Ibarra HL, Reyes CG, Méndez GJ.

Antecedentes: La invaginación intestinal (II) es causa frecuente de obstrucción intestinal (OI) en lactantes y ocasionalmente omitida en el diagnóstico diferencial de ésta. **Objetivo:** Reportar un caso de II. Sede: Hospital de segundo nivel. **Descripción del caso:** Femenina de 7/12 edad ingresada por síndrome diarreico e intolerancia a la vía oral, la cual se maneja con plan A de rehidratación, sin respuesta. Signos vitales con taquipnea y taquicardia, mal estado de hidratación, abdomen distendido, blando no doloroso, peristalsis disminuida y timpanismo generalizado. Biometría con leucocitosis 15,200 y desviación a la izquierda; sus radiografías de abdomen con abundantes niveles hidroaéreos y ausencia de gas distal. Se ingresa a quirófano con diagnóstico de OI y se encuentra una II enterocólica con una depresión en el borde antimesentérico del asa a 15 centímetros de la válvula ileocecal, se realiza taxis intestinal desinvaginando el segmento adecuadamente. Evoluciona satisfactoriamente reportándose evacuaciones a las 48 hrs y 2 episodios de vómitos. Se egresa por mejoría a los 8 días del postoperatorio tolerando la vía oral y evacuando normalmente. **Conclusión:** La II es la causa más frecuente de OI en lactantes de los 5 a 18 meses de edad; en el 95%, sin anomalías anatómicas desencadenantes. En el 5% restante se encuentra una alteración estructural como punto guía de la invaginación; en este grupo la literatura reporta una recurrencia hasta 30% y la mayoría de estos casos no responde a medidas conservadoras de tratamiento, requiriendo una resección intestinal. En este caso no se realizó resección y no se reportó recurrencia en tres semanas del postoperatorio.

TC-261

CATÉTER DE DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL TIPO DIAFRAGMA DE BIOMED CON COLOCACIÓN TRANSHEPÁTICA Y FRANGSA EPLÉNICA, COMPLICACIÓN

Espinosa MOV, Díaz TJ, Bendimez M, Estrada GFE. CEMEV "Dr. Rafael Lucio" Xalapa, Veracruz

Informe de un caso: Paciente femenino de 48 años de edad con antecedente de hipertensión arterial mal controlada. Inicia padecimiento con déficit neurológico, ingresando con hemorragia subaracnoidea corroborada por TAC, clasificándose como Hunt-Hess 1 y Fisher III. Se realiza panangiografía encontrándose aneurisma de la arteria cerebral media izquierda, la panangiografía selectiva determina la posibilidad de aneurisma trombosado, por observarse exclusión de la circulación arterial. La paciente cursa con hidrocefalia por lo que el 5 de mayo del año en curso se le coloca sistema DVP precoronal derecho tipo diafragma de Biomed, egresándose por mejoría. Un mes después reingresa con dolor abdominal, fiebre, cefalea intensa y polipnea, es valorada por Neurocirugía quien no encuentra alteración neurológica además de un buen funcionamiento de la DVP, la valora Medicina Interna quien la encuentra con neumonía basal izquierda, infección de vías urinarias y pielonefritis. Ante la persistencia del dolor abdominal y la fiebre se le realiza USG abdominal encontrándose colección esplénica, que se confirma por TAC, donde se observa catéter DVP transesplénico y probablemente transhepático. Se somete a laparotomía exploradora encontrándose hematoma esplénico infectado, Bazo de aproximadamente 35x35x8 cm y catéter que atraviesa parte del lóbulo izquierdo hepático y el bazo, múltiples adherencias del bazo al estómago, colon transversal, pared abdominal y diafragma. Se realiza esplenectomía y lavado del área, se exterioriza la DVP y se deja drenaje. Durante el postquirúrgico con mejoría clínica, la TAC de control demuestra sólo una pequeña colección retrogástrica sin afección orgánica continuando con manejo médico establecido siendo egresada por mejoría.

TC-262

FECALOMA GIGANTE CON MEGACOLON SIGMOIDES IDIOPÁTICO Y MEGARRECTO

Ramírez PJM, Argüelles L, Lara TS, Palacio VF, Castañeda RA. Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE. México, D.F

Antecedentes: Los "fecalomas", variedad extrema de impactación fecal, son frecuentemente rediopacos, usualmente localizados en la región rectosigmoidea. Otra complicación de la impactación fecal son las llamadas "úlceras del colon". Una laparotomía es raramente indicada en estos casos. Presentamos un caso raro de fecaloma gigante con megacolon sigmoideos y megarrecto. **Objetivo:** Presentación de un caso. **Material y métodos:** Es un paciente masculino de 64 años, portador de DM T2 de 15 años en tratamiento y estreñimiento crónico. Ingresa por presentar retención aguda de orina, dolor distensión abdominal, y masa palpable en flanco izquierdo e hipogastrio, con antecedente de 45 días sin presentar evacuaciones. A la EF con timpanismo abdominal y masa palpable de 25x20 cm en hemiabdomen inferior y flanco izquierdo. **Resultados:** Rx abdomen con masa que desplaza asas al lado derecho y gran cantidad de materia fecal. TAC corrobora el diagnóstico. **Discusión:** Los fecalomas son masas duras, laminas y calcificadas que simulan carcinoma. El colon distal y el recto son los sitios más comunes para los fecalomas. La mayor parte de las impactaciones fecales se resuelven con tratamiento conservador, raramente es necesario el tratamiento quirúrgico para remover un fecaloma. En este paciente no se realizó resección y anastomosis de primera intención, primero porque la urgencia fue resolver la obstrucción intestinal y segundo el recto media aproximadamente 20 cm de diámetro por el fecaloma y materia fecal.

TC-263

HEPATUYEYUNO ANASTOMOSIS SIN SUTURA, TÉCNICA DE RODNEY SMITH. REPORTE DE UN CASO

Megchun A, Alarcón L, Basurto E. Hospital General de México

Femenino de 55 años la cual presenta diagnóstico de lesión biliar Bismuth III. Antecedente de colesistectomía abierta y 2 meses más tarde la paciente presentó ictericia, acolia, coluria, pérdida de peso, dolor epigástrico que se irradiaba hacia el hipocondrio derecho, además de fiebre intermitente. La paciente no recibió atención médica al menos por 10 meses. A su ingreso se realizó CPRE donde se identificó obstrucción distal del colédoco, la colangiografía percutánea mostró amputación de los conductos biliares a nivel de la carina, por lo que se colocó drenaje externo. Al examen físico la paciente presentaba ictericia, incisión tipo Kocher y catéter percutáneo permeable en hipocondrio derecho con ligero dolor a la palpación en el mismo sitio, el resto era normal. Se realizó una hepatoyeyuno anastomosis en Y de Roux tipo Rodney Smith. Como hallazgos se encontraron: tejido de cicatrización en el hilio biliar y amputación de los conductos a nivel de la carina con material de sutura. Se colocaron férulas derecha e izquierda así como drenaje Penrose. La paciente presentó recuperación postquirúrgica satisfactoria con disminución progresiva del drenaje de los catéteres. Después de tres meses el HIDA mostró permeabilidad de los conductos biliares con adecuado paso del contraste al yeyuno. Debido a la buena evolución los catéteres se retiraron 6 meses más tarde. El HIDA de control a un año mostró dilatación ligera de la vía biliar con adecuado paso de contraste al duodeno, hasta el día de hoy la paciente permanece asintomática. El caso presentado es una derivación hepatoyeyunal sin sutura con la técnica de Rodney Smith. La técnica consiste en la colocación de una sonda transhepática por dentro de la vía biliar. Se realiza una Y de Roux. Un extremo de esta sonda se fija a la mucosa de yeyuno y se tracciona para introducir el colgajo de mucosa dentro de la vía biliar. El fin principal de esta técnica es el poder afrontar mucosa intestinal con mucosa biliar cuando la mucosa biliar es técnicamente inaccesible. Se fija el asa a la cápsula hepática para evitar tensión de la anastomosis con colgajo. La sonda se extrae por contrabertura y se fija a la piel para continuar la tracción de la mucosa. Se retira el catéter al cabo de al menos 3 meses dependiendo de la localización de la estenosis, cicatrización local, la unión mucosa exitosa, antecedentes de reparaciones previas. Esta técnica fue descrita en 1964 por el Dr. Rodney Smith of Marlow. La utilidad de esta

técnica se basa en una necesidad para emplearla en casos de lesión de la vía biliar alta, Bismuth III o IV y en donde el cirujano no experimentado en reparaciones complejas puede emplearla ofreciéndole al paciente la oportunidad de realizar una reparación quirúrgica de primera intención en caso de no poder contar en su momento con más recursos y el tener otras opciones como cirujano que se pueden ofrecer al paciente. Esta técnica se ha dejado de utilizar en la actualidad en hospitales de 3er nivel. Sin embargo continúa siendo utilizada en hospitales con recursos escasos por médicos no experimentados y experimentados en lesiones de la vía biliar.

TC-264

DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO GIGANTE. REPORTE DE UN CASO

Alarcón L, Megchun A, González S, González V, Cruz L, Bustos A. Hospital General de México

Femenino de 59 años de edad de origen caucásico sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento actual desde 4 meses previos a su ingreso al servicio de cirugía, con dificultad al paso de alimentos, inicialmente a sólidos progresando hasta líquidos. Refiere pérdida ponderal de 10 kg en 4 meses. La paciente niega otra sintomatología. Exploración física sin alteraciones. Se realiza serie esófago gastroduodenal encontrando disminución del calibre del tercio inferior del esófago, el cual se observa que termina en punta de lápiz. La endoscopia no puede realizarse por compresión aparentemente extrínseca del tercio inferior del esófago, se toman biopsias, las cuales se reportan normales. Se realiza tomografía en la cual se observa tumoración que abarca el tercio inferior del esófago en su porción supra e infradiafragmática. Se decide realizar laparotomía exploradora encontrando divertículo epifrénico gigante de 12 cm de diámetro, con una base de 0.5 cm originándose a 5 cm del hiato en la parte anterior y lateral izquierda del esófago que diseña la porción supra e infradiafragmática del hiato con compresión extrínseca al esófago. Se realiza miotomía desde la base del divertículo abarcando 2 cm del cardias. Se realiza diverticulectomía con cierre primario de mucosa. Se realiza funduplicatura de Nissen convencional. Se concluye con el reporte histopatológico y quirúrgico divertículo epifrénico gigante de 12 cm con pared falsa originado probablemente por pulsión sin malignidad. La paciente presenta evolución satisfactoria, y hasta el momento se encuentra asintomática. Este caso resulta peculiar debido a la presentación de la sintomatología, la cual fue súbita, sin que previamente la paciente hubiese presentado molestia alguna. Añadiendo a ello el tamaño sorprendente del divertículo (12 cm), ya que en la literatura el más grande reportado es de 18 cm. Cabe agregar que se clasifican como gigantes aquellos divertículos mayores a 5 cm de longitud. Se ha propuesto dentro de la fisiopatología la cual aún no es completamente clara, que el origen de los divertículos se asocia inevitablemente con alteraciones motoras del esófago. Dentro de los criterios quirúrgicos se encuentra la presencia de síntomas o aspiración, así como descartar malignidad. Si bien es cierto que no existe un estándar en el procedimiento quirúrgico, se sugiere en la literatura miotomía y diverticulotomía, en cuanto a la realización de un procedimiento antirreflujo existe aún controversia.

TC-265

ASOCIACIÓN DE CÁNCER DE LA VÍA BILIAR CON QUISTE DE COLÉDOCO

Gutiérrez UG, Lara GC, Jiménez BB, González DS, González RV, Hospital General de México, O.D

Objetivo: Presentación de un caso. Sede: Hospital de tercer nivel de atención. **Descripción del caso:** Se trata de paciente femenino de 19 años, la cual debuta con cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho, de inicio espontáneo, no relacionado con los alimentos, pero exacerbado por los alimentos grasos. Se acompaña de fiebre y tinte icterico de piel y mucosas. Náusea y vómito de contenido gastrobiliar en las exacerbaciones del dolor. Se realizaron pruebas de laboratorio encontrándose elevación de la bilirrubina to-

tal a expensas de la bilirrubina directa. Así mismo se realiza ultrasonido con hallazgo de litiasis vesicular y probable vesícula septada. Con estas imágenes se decide la realización de una colangiografía retrógrada endoscópica con hallazgo de quiste de colédoco tipo I de Todani. **Conclusión:** La enfermedad quística de la vía biliar se refiere a la dilatación de algunos componentes de la vía biliar, los cuales pueden incluir sitios intra y extrahepáticos. Constituye una patología rara. Existe una predominancia en mujeres de 3:1 y una relación fuerte pero inexplicable de predilección por asiáticos. El cuadro clínico característico de dolor, ictericia y masa palpable es más frecuente en niños, en adultos la presentación suelen ser dolor abdominal, resistencia muscular, pancreatitis o colangitis. Existe una relación entre quistes de colédoco y cáncer de la vía biliar, según algunas series, la edad de presentación del quiste influye en el riesgo de malignización, siendo para niños menores de 10 años 0.7%, de la segunda década 6.8% y mayores con 14.3%.

TC-266

TRANSECCIÓN DE COLÉDOCO INTRAPANCREÁTICO CON LESIÓN DE VENA CAVA EN TRAUMA PENETRANTE DE ABDOMEN. REPORTE DE UN CASO

Cisneros AR, Bautista CR, Samaniego AG, Trinidad VE, Villaseñor JA, Jiménez CCM, García PR. Departamento de Cirugía General, División Cirugía de Trauma. Centro Estatal de Trauma, Hospital "Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez", Secretaría de Salud. Villahermosa, Tabasco

Introducción: Las lesiones de la vía biliar extrahepática por trauma son sumamente raras, ocurren en 0.5% a 5% de todas las víctimas con trauma abdominal. Se reporta con mayor frecuencia lesión de la vesícula en un (85%), el resto del conducto biliar extrahepático y en 0.5% transección completa. Es por ello que nos parece de importancia reportar nuestra experiencia en el manejo de un caso con transección completa de la vía biliar extrahepática en trauma penetrante. **Resumen clínico:** Masculino de 26 años de edad, enviado de un Hospital Regional del Estado de Chiapas al Hospital Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, Centro Estatal de Trauma. Evaluado bajo el protocolo del Curso Advanced Trauma Life Support (ATLS) en el departamento de urgencias, con Escala Revisada de Trauma (RTS) de 12. Durante la evaluación se encuentran datos clínicos de choque hipovolémico, iniciando manejo a base de cristaloides y hemoderivados; en abdomen presenta herida con evisceración en epigastrio y datos de irritación peritoneal, ultrasonido en urgencias (Foccus Abdominal Assessment Sonographic of Trauma, FAST) positivo, por lo que es llevado a laparotomía. Con hallazgos lesión de vena cava infrarrenal grado III, lesión de cabeza de páncreas grado V, lesión de intestino delgado grado II, hemoperitoneo de 1,400 cc, realizando cirugía de control de daños. Ingresa a UCI realizando Second Look a las 48 horas, identificando transección completa de colédoco intrapancreático, se realiza drenaje externo de la vía biliar principal, en el día 30 postrauma se procede a realizar derivación biliodigestiva del tipo de hepatoyeyunoanastomosis; egresando a los 25 días de postoperado de la derivación, con escala de gravedad de la lesión (ISS) de 75 y buena evolución.

TC-267

PERFORACIÓN DUODENAL POSTCPRE CASO CLÍNICO Y MANEJO

Gómez AM, Basurto KE, Ramírez VJ, Martínez MJ, Vázquez CS, Alegre TE. Hospital General de México, O.D.

Paciente femenino de 24 años de edad la cual ingresó con diagnóstico de síndrome icterico de patrón obstructivo secundario a coledocolitiasis residual. Antecedentes de importancia: Colectectomía abierta un mes previo a su internamiento por colecistitis crónica litiasica. En su 3er día de internamiento se realizó CPRE la cual se reportó con dificultad para canular la vía biliar, realizando sólo esfinterotomía, posterior a la cual la paciente presentó dolor de tipo cólico progresivo, de moderada intensidad, el cual aumentó hasta ser incapacitante, acompañado de náusea y vómito de contenido gastrobiliar, encontrando a la exploración física 18 hrs posteriores al

procedimiento, dolor en hipocostrio derecho y flanco derecho, datos de irritación peritoneal y enfisema subcutáneo hasta base del cuello, se toman placas de rayos X en posición de pie y decúbito en las cuales se observa aire libre, el cual diseca hasta retroperitoneo, se decide realizar laparotomía exploradora de urgencia, en la cual se encuentran 2 perforaciones en 2ª porción del duodeno de 3 mm y 5 mm respectivamente, las cuales se repararon con cierre primario y se colocó drenaje rígido cerrado a succión en el sitio en donde se encontraban las perforaciones, se revisó el resto de las asas sin encontrar otros sitios de perforación, no fue posible revisar la vía biliar ya que se encontraba con demasiadas adherencias y proceso inflamatorio.

TC-268

EXPERIENCIA EN DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS EN UN HOSPITAL GENERAL

Delgadillo OE, Liho NA, Espinoza LG, Ramírez RE, Calvillo BG, Escamilla OA, De la Peña MS, Solórzano PM. Servicio de Cirugía General, Hospital General Tacuba, ISSSTE. México, D.F.

Introducción: La reparación inmediata se considera óptima en lesiones de la vía biliar, no obstante ésta puede representar un reto, sobre todo porque estas reparaciones se llevan a cabo en conductos pequeños. Permanece la controversia entre puntos separados y sutura continua y su manejo en centros de concentración. **Objetivo:** Reportar la experiencia en derivaciones biliodigestivas con sutura continua en un hospital de 2º nivel de atención. **Métodos:** Estudio prospectivo con pacientes candidatos a derivación biliodigestiva admitidos en el periodo de enero del 2003 a abril del 2004 en el servicio de cirugía general. La anastomosis biliodigestiva se realizó con prolene 3-0, con surgete simple evaginante. Se recabaron datos del diagnóstico, edad, género, tipo de anastomosis, días de estancia intrahospitalaria, evolución, morbilidad y mortalidad. **Resultados:** Se incluyeron 7 pacientes (5 mujeres y 2 hombres), edad promedio 50.7 años. Tres hepaticoyeyunoanastomosis TL (2 pacientes por pancreatoduodenectomía y 1 por lesión Bismuth II); 2 coledocoyeyunoanastomosis TL (1 coledocolitiasis y 1 lesión Bismuth I). Una hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux por lesión Bismuth III y 1 portoenterostomía por lesión Bismuth IV. En todos, menos uno, se colocó sonda en T. El tiempo promedio de EIH fue 12.3 días (r 1-42). Dos defunciones (pancreatoduodenectomías). Seguimiento promedio a 6 meses con buena evolución clínica y por laboratorio. No complicaciones inherentes al procedimiento. **Conclusiones:** La sutura continua es una técnica segura para la derivación biliodigestiva, aunque falta evaluar sus resultados a largo plazo y la comparación con otras técnicas.

TC-269

CARCINOMA NEUROENDOCRINO EN PACIENTES CON VIH. REPORTE DE UN CASO

Espinoza LG, Delgadillo OE, Liho NA, Ortiz MC, Calvillo BG, Ramírez RE. Servicio de Cirugía General. Hospital General Tacuba, ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: El cáncer de intestino delgado representa el 2% del cáncer gastrointestinal. El linfoma es el más común en países subdesarrollados y en pacientes con VIH. La necrosis y perforación su presentación más severa, pero rara. **Objetivo:** Reportar una estirpe histológica infrecuente en pacientes seropositivos a VIH. **Presentación del caso:** Paciente masculino, 41 años de edad, seropositivo a VIH. Presenta dolor abdominal de 1 semana de evolución, inicio en epigastrio, cólico, intermitente, migra y se localiza en FID, refiere náusea y vómito, estado febril, ataque al estado general. Exploración física: Karnofsky 80%, abdomen globoso, distendido, peristalsis abolida, doloroso el cuadrante inferior derecho, se palpa plastrón inflamatorio, signos apendiculares positivos, irritación peritoneal, al tacto rectal tumoración dolorosa e hipertermia. LAPE: tumor necrosado de íleon a 50 cm de válvula ileocecal, reacción desmoplástica en mesenterio. Resección intestinal y EEATT. IDx: linfoma intestinal.

Reporte histopatológico: Carcinoma neuroendocrino de ileon terminal, ulcerado, de 2.5 cm, permeación vascular leve, bordes quirúrgicos libres. **Discusión:** El carcinoide es común en región ileocecal y en enfermedad inflamatoria intestinal. El síndrome carcinoide sólo en 10% de los casos y se relaciona a metástasis hepáticas. Metástasis en 35% de los tumores >2 cm. Sobrevida a 5 años del 39-100%. **Conclusión:** Aunque el carcinoide es común en la región ileocecal, su incidencia es muy baja respecto al linfoma, que representa mayor número de casos en relación directa a la incidencia de SIDA y siempre debe considerarse en los pacientes inmunocomprometidos.

TC-271

METÁSTASIS ESPLÉNICA DE ADENOCARCINOMA DE COLON. REPORTE DE UN CASO

López RF, Ramos MA, Olvera G, Medina FH. Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: El bazo es un sitio raro de metástasis distantes de tumores sólidos. Existen muy pocos reportes al respecto y los sitios primarios reportados son tumores de esófago, mama, endometrio, colon, melanoma y de hígado. En el caso de los tumores de colon, la enfermedad metastásica a bazo se presenta en el contexto de enfermedad diseminada. **Presentación del caso:** Mujer de 67 años con antecedente de un adenocarcinoma poco diferenciado en ciego manejado previamente con hemicolectomía derecha en abril del 2002 y administración de quimioterapia adyuvante basada en 5FU y leucovorin. En su seguimiento, comenzó con elevación progresiva del ACE en abril del 2003 y se encontró recurrencia de la enfermedad en epiplón. Se le ofreció de nueva cuenta quimioterapia y en su seguimiento presentó de nuevo aumento del ACE hasta llegar a 110 ng/ml en noviembre del 2003. Se realizó TAC en la que se encontró una imagen hipodensa redonda de 11 x 9.7 x 8 cm en el polo superior del bazo, sin evidencia de enfermedad metastásica en otro sitio. Se realizó laparotomía exploradora corroborándose los hallazgos de la TAC y se efectuó esplenectomía con resección de un segmento involucrado del diafragma con reparación primaria. Patología reportó adenocarcinoma moderado a poco diferenciado metastásico con necrosis extensa en diafragma y bazo. La evolución postoperatoria fue buena sin complicaciones egresándose 4 días después sometiéndose a nuevos ciclos de quimioterapia. Con un seguimiento de 4 meses, la paciente se encuentra libre de enfermedad tumoral. **Conclusión:** Las metástasis de carcinoma colorrectal aisladas a bazo son raras, siendo éste el séptimo caso reportado en la literatura. Extrapolando los resultados de resección de metástasis únicas en esta neoplasia, la esplenectomía debe conferir ventaja en la supervivencia de este reducido grupo de pacientes.

TC-272

CISTADENOMA DE PÁNCREAS, COMO CAUSA CONFUNDENTE DE CÁNCER DE PÁNCREAS. PRESENTACIÓN DE UN CASO, ESTUDIO Y MANEJO

Carrillo-Maciel V, Carrillo-Maciel JE, Leal-Martínez JA, Garza-Sánchez J, Barragán-Gárate LR, Román-González AF, Martínez-Ortiz JR, Aguirre-Díaz A, Sánchez-Galván M, Jaramillo Y. Servicio de Cirugía, IMSS UMAE, Torreón Coahuila. Servicio de Radiología, IMSS UMAE, Torreón, Coahuila. Servicio de Patología, IMSS UMAE, Torreón, Coahuila

Antecedentes: El cistadenoma seroso de páncreas quístico benigno, con una relación de 2 a 1 en la mujer y síntomas inespecíficos, el 50% se localiza en cabeza de páncreas, La radiografía simple de abdomen muestra calcificaciones, la serie gastroduodenal abertura del arcada duodenal, en la arteriografía abdominal hay hipervascularidad, el US patrón mixto, el TAC abdominal lesiones quísticas bien definidas. El tratamiento ideal es pancreatectomía distal. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de una paciente con cistadenoma seroso de páncreas, diagnosticado previamente como cáncer de páncreas. **Informe del caso:** Femenina de 41 años de edad, sin antecedentes

importantes, inicia su padecimiento hace seis meses con aumento de volumen en hipocondrio izquierdo. Operándose en su Unidad con diagnóstico de cáncer de páncreas, se efectuó drenaje externo y biopsia, y se envía a nuestro servicio. Se complementan estudios de laboratorio e imagenología, se somete a intervención quirúrgica, pancreatectomía distal del 80% y esplenectomía. El reporte patológico fue cistadenoma de páncreas. Se egresa a los 10 días de postoperatorio. **Resultados:** A un año de evolución se encuentra asintomático. **Discusión:** El cistadenoma seroso de páncreas es una patología con síntomas inespecíficos que se puede confundir con cáncer de páncreas por lo que se deben de atender en hospitales de alta especialidad y ser operados por cirujanos capacitados y con experiencia en el manejo de patología pancreática. **Conclusiones:** El manejo de estos pacientes se debe de efectuar en hospitales de alta especialidad que cuente con todos los recursos y personal capacitado.

TC-273

CISTADENOMA DE PÁNCREAS. PRESENTACIÓN DE UN CASO, ESTUDIO Y MANEJO

Leal-Martínez JA, Carrillo-Maciel V, Carrillo-Maciel JE, Garza-Sánchez J, Barragán-Gárate LR, Aguirre-Díaz A, Sánchez-Galván M, Silva JG, Jaramillo Y. Servicio de Cirugía, IMSS UMAE, Torreón, Coahuila. Servicio de Radiología, IMSS UMAE, Torreón, Coahuila. Servicio de Patología, IMSS UMAE, Torreón, Coahuila

Antecedentes: El cistadenoma seroso de páncreas es un tumor quístico de líquido seroso, con una relación de 2 a 1 en la mujer y síntomas inespecíficos, en el 50% se localiza en cabeza de páncreas, La radiografía simple de abdomen muestra calcificaciones, la serie gastroduodenal abertura del arcada duodenal, en la arteriografía abdominal hay hipervascularidad, el US patrón mixto, el TAC abdominal lesiones quísticas bien definidas. El tratamiento de elección es pancreatectomía distal. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de una paciente con cistadenoma seroso de páncreas, estudio y tratamiento. **Informe del caso:** Femenina de 33 años de edad, sin antecedentes importantes, inicia su padecimiento 4 meses antes de su ingreso con molestia en epigastrio. Exploración física: Signos vitales en rango normal, campos pulmonares con buena ventilación, ruidos cardiacos normales, abdomen blando, molestia en epigastrio a la palpación profunda, peristalsis normal. Se complementan estudios y se practica pancreatectomía subtotal distal del 90% más esplenectomía y se egresa a las dos semanas. **Resultados:** La paciente presentó diabetes mellitus, resto asintomática. **Discusión:** El cistadenoma seroso de páncreas es una patología con síntomas inespecíficos, una vez que se sospecha el diagnóstico se deben efectuar estudios complementarios para llegar a un diagnóstico preciso en hospitales de alta especialidad y ser operados por cirujanos capacitados y con experiencia en el manejo de patología pancreática. **Conclusiones:** El manejo de estos pacientes se debe de efectuar en hospitales de alta especialidad que cuente con todos los recursos y personal capacitado.

TC-274

UTILIDAD DEL ASA SUBCUTÁNEA EN DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA

Carrillo-Maciel V, Carrillo-Maciel JE, Estrada-Alonso GF, Dorado-Martínez D, Leal-Martínez JA, Guitrón-Cantú A, Aguirre-Díaz A, Olhagaray-Rodríguez MB. Servicio de Cirugía General. IMSS UMAE, Torreón, Coahuila. Servicio de Endoscopia, IMSS UMAE, Torreón, Coahuila. Servicio de Radiología, IMSS UMAE, Torreón, Coahuila

Antecedentes: La realización de la primera colecistectomía, a finales de S. XIX, marcó también la lesión de la vía biliar. Éstas corresponden actualmente al 95% de lesiones biliares benignas. El tratamiento es una anastomosis bilio-entérica, siendo las estenosis el verdadero problema, con una frecuencia del 13 al 30%; sometiendo al paciente a procedimientos invasivos e incluso a cirugías más complejas, de mayor morbimortalidad. La más recomendada es la re-

construcción con asa desfuncionalizada en "Y" de Roux, una modificación de la técnica es la colocación del extremo proximal del asa en forma subcutánea, la cual permite el acceso fácilmente a la anastomosis con un endoscopio, y realizar dilataciones en el momento conveniente, las veces necesarias. **Objetivo:** Demostrar la utilidad del asa subcutánea en derivación biliodigestiva. **Material y métodos:** Se revisaron 50 pacientes con diagnóstico de lesiones benignas de vías biliares, durante enero de 1993 a diciembre del 2003. Se dividieron en dos grupos: grupo I: reconstrucción tradicional y grupo II: con asa subcutánea. **Resultados:** 41 pacientes en grupo I y 9 en el II. En el grupo I, sólo una defunción. En el grupo II, dos estenosis resueltas mediante dilatación hidrostática y 3 hernias post-incisionales. **Discusión:** El asa subcutánea fue útil de dos de nueve pacientes en quienes se les estenósó la anastomosis bilioentérica, reintegrando al paciente a su vida productiva más rápidamente una vez resuelto el problema. **Conclusiones:** El asa subcutánea está indicada en jóvenes y en lesiones 2, 3 ó 4 tipo Bismuth.

TC-275

QUISTE MESENTÉRICO GIGANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO
Barragán GLR, Bermea BN, Leal MJA, Garza SJ, Silva JG, Pérez GG, Rodríguez ALE, Ascensio G. Departamento de Cirugía del HE 71 del IMSS de Torreón, Coahuila

Antecedentes: Los quistes mesentéricos son raros tumores intrabdominales que fueron descritos por primera vez en 1507. Estos quistes no son frecuentes y representan menos de 1 de cada 100,000 ingresos hospitalarios. El diámetro de los quistes se encuentra en un rango de 2 a 36 centímetros. **Objetivo:** Presentar un caso de quiste mesentérico gigante tratado quirúrgicamente en el HE 71 del IMSS de Torreón Coahuila. **Informe del caso:** Se trata de un paciente del sexo masculino de 49 años de edad que inicia su padecimiento con dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho y plenitud postprandial. A la exploración se encuentra masa palpable en hipocondrio derecho, dolorosa a la palpación. La tomografía reporta imagen hipodensa con pared gruesa y calcificaciones en su interior. Es intervenido quirúrgicamente encontrándose quiste mesentérico dependiente de mesocolon que mide 24 centímetros de diámetro y pesa aproximadamente 4,500 gr. **Resultados:** El paciente evoluciona con postoperatorio adecuado egresándose 3 días después de su cirugía. Actualmente cursa con 4 meses de postoperatorio sin complicaciones. **Discusión:** Los quistes mesentéricos son patologías poco frecuentes que debido a los pocos casos reportados es común que no se diagnostiquen correctamente. Sin embargo debemos considerar la posibilidad de dicho diagnóstico en pacientes con tumores abdominales con síntomas inespecíficos. **Conclusiones:** El quiste mesentérico, a pesar de ser una entidad poco frecuente debe ser tomada en cuenta como diagnóstico diferencial en tumores intraabdominales ya que su corrección quirúrgica es un procedimiento relativamente simple y en la mayoría de los casos definitivo.

TC-276

QUISTE PAPILAR DE PÁNCREAS
Landaeta PA, Miranda DA, Landaeta R. Clínica de Especialidades La Asunción, Jalostotillán, Jal.

Antecedentes: Los quistes pancreáticos son lesiones poco frecuentes. Se justifica el manejo agresivo de estos tumores ya que es difícil hacer la distinción clínica entre quiste benigno y otro maligno, debido a que los quistes benignos tienen fuerte tendencia a malignizarse o de los grandes quistes con frecuencia tienen componentes malignos, se deben de tratar como lesiones malignas y no deben de enuclearse. **Objetivo:** El presente cartel es demostrar el caso de una enferma previamente operada con manejo derivativo interno para pseudoquiste pancreático. **Material y métodos:** Femenino de 31 años de edad, se inició un año previo a la primer cirugía con dispepsias, vómitos alimentarios, intolerancia a colecistoquinéticos y pérdida de peso. Se realiza TAC con lo que se hace el diagnóstico de pseudoquiste pancreático, efectuándose una cistogastrostomía, 2 meses

después de la operación, muestra misma sintomatología pero más severa, dolor abdominal, vómito y regurgitaciones, anorexia, pérdida de peso de 12 kg, emesis. Embarazo después de 5 años de primera cirugía con parto prematuro con producto desnutrido. La TAC abdominal muestra gran quiste sentado de cuerpo y cola. Se realiza pancreatometomía distal con reconstrucción gástrica. **Resultados:** Evolución hacia la mejoría con hiperglucemia transitoria de hasta 175 mg/dl por 3 días. Resto normal.

TC-277

PNEUMATOSIS CYSTOIDES INTESTINALIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Martínez J, Bolaños E, Wiener I, Villanueva E, Cervantes M. Hospital Ángeles del Pedregal. México, D.F.

Antecedentes: La pneumatosis cystoides intestinalis es definida como la presencia de gas dentro de la pared intestinal con formación de quistes submucosos. Esta entidad no es referida como un diagnóstico sino una condición asociada a una amplia diversidad de procesos patológicos con sintomatología propia de la patología previa. Se asocia con síntomas de dolor abdominal, hematoquezia o suboclusión abdominal. Los datos radiológicos y endoscópicos dan la pauta para identificar esta entidad. El tratamiento médico o quirúrgico depende de la alteración asociada y de la severidad del cuadro. **Objetivo:** Dar el reporte de un caso de pneumatosis cystoides intestinalis reportada infrecuentemente en la literatura quirúrgica a nivel nacional. **Informe de caso:** Un paciente masculino de 31 años de edad con sintomatología de 6 meses de evolución representada por evacuaciones sanguinolentas 4 veces por semana, presentando posteriormente rectorragia franca con salida de abundantes coágulos, no asociándose con otras manifestaciones y haciéndose paulatinamente más intensas. Por medio de TAC y endoscopia le son encontrados múltiples formaciones quísticas en la pared de colon izquierdo. Por lo cual se decide tratamiento quirúrgico evolucionando satisfactoriamente. **Resultados:** El paciente posterior al tratamiento quirúrgico evolucionó de manera satisfactoria, sin complicaciones posteriores. **Discusión:** Aun cuando se observó asociada a otra patología como se refiere en la literatura, se confirmó histopatológicamente la presencia de pneumatosis intestinalis. **Conclusiones:** La pneumatosis cystoides intestinalis es una condición clínica poco común, que hay que tener en cuenta al presentarse con datos clínicos similares a los de este paciente y que puede incrementar la morbimortalidad de éste.

TC-278

HABLEMOS CON PROPIEDAD; ENDOSCOPIA O ENDOSCOPIA... ¿CON O SIN TILDE?

Priego G, Fonseca H, Cottena. Hospital Lomas Providencia, Guadalupe, Jal.

Introducción: Hasta hace algunos años, pocos eran los galenos que se percataban de la regla ortográfica de la palabra "Endoscopia" que no lleva tilde. En el lenguaje médico cotidiano, pronunciarlo con acento ortográfico en "-ía" era la regla habitual, pero oímos a colegas que lo pronunciaban sin tilde y al "escucharlo fonéticamente raro" comenzó la polémica. Hay quienes defienden dicha acentuación, al decir que, aquí en México, nosotros hablamos el "Castellano" y no el Español, otros más, que es lo "acostumbrado" y, como las costumbres hacen leyes... pues es lo adecuado. **Objetivo:** Demostrar el uso incorrecto de la palabra -mal acentuada- "<Endoscopia>" en el lenguaje médico cotidiano y de todas las palabras que, de ella derivan, como son; Esofagoscopia, Gastroscoopia, Colonoscopia, Rectoscopia, etc. **Material y método:** Sólo basta echarnos un clavado a la Real Academia Española (RAE), que es el órgano oficial de los que hablamos el idioma español (o lo que es lo mismo, Castellano, que es "de Castilla", lugar del origen medieval del actual español) para darnos cuenta de la verdad. Lo primero es distinguir la palabra clave... y éste es el sufijo "-scopia", que quiere decir "mirar, observar". Aquí viene algo curioso; siendo el mismo sufijo, si éste lleva la letra "a" se refiere

a la “acción” (p.ej.; Laparo_scopia) pero si termina en “o” se refiere al “aparato o instrumento” que la ejecuta (p.ej.; Laparo_scopio). Y, por increíble que parezca, siendo el mismo sufijo, aquí sí “no lo acentamos”, lo que significa, que cuando es con “-scopio” sí lo decimos correctamente. Curioso... ¿No?, siendo que es la misma palabra. Ahora bien, ¿De dónde proviene “-scopia, -scopio”? Viene del antiguo griego, de la palabra “skopeo” y que al adoptarla el español, la transformamos en “-scopia, -scopio” y la regla de adaptación señala que; El acento prosódico –fonético- recae sobre la sílaba –“co”-, tal como sucede con las voces a las que se integra: dactiloscopia, cistoscopia, laringoscopia, hidroscofia, y NO sobre “-ia-” por que –entendámoslo- NO es un diptongo, es un sufijo completo. Esta confusión, lógico, provoca que algunos médicos pronuncien correctamente “endoscopia” y muchos otros, erróneamente, “<endoscopia>”. Ahora bien, veamos con más detalle por que lo decimos equivocado; tal error proviene de la semejante terminación en - ía- de múltiples términos que utilizamos a diario, como son: radiografía, neumonía, hipocondría, hipermetropía, cirugía, telefonía, etc., cuyos sufijos nada tienen que ver con los arriba mencionados “-scopio”, “-scopia”, y qué, repito, por ser un sufijo único y “pegado” –es decir; no puede ser separado-, no puede llevar acento en la “-ia”. Basta recordar la siguiente regla: Las palabras terminadas en **odia, fagia, iasis, cefalia y scopia** NO LLEVAN TILDE Y EL ACENTO FONÉTICO RECAE SOBRE LA PENÚLTIMA SÍLABA. Ejemplos: **parodia, salmodia, antropofagia, aerofagia, elefantiasis, hidrocefalia, microcefalia, microscopia, radioscopia, rinoscopia**, etcétera. **Conclusión:** Empecemos nosotros –los médicos- a hablar un buen español y qué mejor que hacerlo con esta palabra, que tanta polémica ha provocado.

TC-279

BUSCÁNDOLE TRES PIES AL GATO; MUCOCELE APENDICULAR GIGANTE

Priego G, Fonseca H, Figueroa G, Zapata R, Bernard O, Cotena G. Hospital Lomas Providencia, Guadalajara, Jal.

Introducción: Se presenta el caso clínico de una mujer con un mucocele apendicular gigante, a la que se realizaron múltiples estudios en los 15 días previos a su ingreso y que documentan perfectamente el diagnóstico preoperatorio, pero también dejan evidencia de lo que **no debemos de hacer** en un caso parecido. **Objetivo:** Mostrar la historia clínica, su evolución en dos hospitales donde ingresó previamente, todos sus estudios clínicos y de gabinete, las fotos transoperatorias, el estudio histo-patológico (HP) de la pieza quirúrgica y hacer un llamado para **no someter a riesgos innecesarios** a nuestros pacientes. **Paciente:** Doña Juanita (Se cambió su nombre) tiene 68 años, vive en Michoacán, diabética de 18 años, control con Gliclazamida, 10 años conocida hipertensa. Inicia 3 semanas previas a su ingreso. Con dolor localizado en el cuadrante inferior derecho (CID), náuseas, distensión abdominal, estreñida y que se agrega a la semana fiebre de hasta 39°C, ataque al estado general. Acude con médico en Sahuayo, Mich., donde realizan un ultrasonido (US), interpretado como un “absceso en las vías urinarias derechas”, valorada por Urología, es sometida a varias punciones renales sin obtener material purulento, por lo que proponen una lumbotomía para drenar el... ¿Absceso ureteral derecho? Una semana después la trasladan a Medicina Interna del hospital público de la ciudad de Guadalajara. Le realizan TAC de abdomen la cual es interpretada como Absceso Intra-abdominal y, sin más, le realizan punción del mismo, logrando extraer material que refieren como blanquecino. La paciente se sigue deteriorando con hiper-glucemias, leucocitosis, anemia, pérdida de peso. Pide su alta e ingresa a nuestro servicio. Encontramos a Doña Juanita pálida, deshidratada, con facies de dolor, se palpa plastrón doloroso en CID, anemia (Hb 8.7 y Ht 31), leucocitos (6.1), Hiper-glucemia (234), TAC con tumoración apendicular quística, encapsulada, larga y que baja hasta el hueco pélvico, colon por enema con defecto a nivel del ciego y exclusión del apéndice cecal. Se toma nuevo US, se pasa a quirófano y se encuentra una tumoración del apéndice cecal de 16 x 7 x 5 cm con adherencias laxas del epiplón y un área debilitada en el sitio de la punción. Se realiza apendicetomía hasta su base, que ocupa 7-8 cm del ciego, se cierra en

dos planos. El resultado del estudio HP demuestra un proceso benigno de un Mucocele Apendicular, resecado en su totalidad. Su evolución Post-operatoria fue a la mejoría egresándose a los 5 días, retiro de puntos a los 8 días y alta a los 28 días. **Conclusión:** Encontrarnos un mucocele apendicular de estas dimensiones es poco frecuente, pero las imágenes del US, colon por enema y TAC son muy evidentes, por lo que siempre que tengamos una tumoración en ciego es la primera posibilidad diagnóstica que debemos de tener. Ante la posibilidad de malignidad nunca deben ser puncionadas. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección, llegando incluso a la hemicolectomía en casos de malignidad.

TC-280

ONCOCITOMA RENAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Ramírez BM, Reyes GG, Quiroz DH, García CM, Ramírez GO. HCSAE Cd. de México, PEMEX

Antecedentes: El oncocitoma es un tumor que puede presentarse en diversos órganos. Representa del 3 al 5% de todos los tumores renales. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas. Histológicamente está representado por grandes células epiteliales con núcleo pequeño y citoplasma acidófilo, sin actividad mitótica. La evolución es benigna. **Objetivo:** Reportar un caso de oncocitoma renal en el HCSAE. **Informe del caso:** Masculino de 46 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica. Padecimiento de 5 meses de evolución caracterizado por tumor en el flanco izquierdo y hematuria asintomática. La exploración física: tumor de hipocondrio izquierdo a cresta iliaca adherido a planos profundos, no pulsátil ni doloroso, con límite hasta línea media abdominal. TAC tumor dependiente de polo inferior renal izquierdo 18 x 25 cm. Arteriografía: arteria renal única desplazada, con emergencia de tres vasos nutricios. Se realiza nefrectomía radical izquierda, linfoadenectomía paraórtica e intercavaoártica extensa, más suprarrenalectomía izquierda. Se encontró tumor renal de 30 cm comprometiendo arteria renal hasta la emergencia en aorta que involucró de suprarrenal ipsilateral. Reporte histopatológico: Oncocitoma renal izquierdo de 30 x 11 cm ganglios negativos. Evolución adecuada. **Resultados:** Nefrectomía radical con linfoadenectomía y suprarrenalectomía ipsilateral satisfactoria. **Discusión:** El oncocitoma renal es una neoplasia considerada benigna, con crecimiento lento que presenta grandes dimensiones y rica vascularización, por lo que debe tenerse presente como diagnóstico diferencial del carcinoma de células claras. **Conclusiones:** El pronóstico de los pacientes con oncocitoma renal es favorable, no obstante su aspecto maligno, independientemente del tamaño que presente siempre y cuando no comprometa estructuras vasculares importantes.

TC-281

COLOCACIÓN DE INJERTO VASCULAR EN CARÓTIDA INTERNA POST-RESECCIÓN DE GLOMUS CAROTÍDEO

Ramírez BM, Reyes GG, Ramírez GO. HCSAE Cd. de México PEMEX

Antecedentes: Los paragangliomas son tumores poco frecuentes con origen embriológico en la cresta neural. Toman el nombre del lugar donde asientan y se adhieren a los vasos. Shamblyn y col. (1971) los clasificaron en tres tipos. **Objetivo:** Reportar un caso manejado con colocación de injerto vascular en carótida interna posterior a la resección de Glomus carotídeo. **Informe del caso:** Masculino de 24 años, sin antecedentes de importancia. Padecimiento de tres años de evolución caracterizado por crecimiento progresivo de tumor cervical izquierdo, asintomático. Al examen físico: tumor pulsátil en nivel II-III de cuello, lado izquierdo movable lateralmente, con 6 cm de diámetro, cuello negativo. Se realiza TAC de cuello con diagnóstico de paraganglioma, confirmándose con arteriografía, y reportando carótida contralateral con flujo adecuado. Se realiza cirugía encontrando Glomus carotídeo Shamblyn III practicando resección del mismo incluyendo carótida común y ambas carótidas, ligando externa y

se realiza anastomosis vascular término-terminal con injerto de PTFE de carótida común-carótida interna con disección supraomohioidea ipsilateral. Reporte histopatológico de paraganglioma con permeación vascular, 8 ganglios negativos. Evolución postquirúrgica satisfactoria. **Resultados:** Se restituyó completamente el flujo carotídeo izquierdo, sin producir déficit neurológico. **Discusión:** El manejo del Glomus Carotídeo Shamblin III es resección del tumor y en caso de necesidad de resección de carótidas, realizar reinstauración del flujo de la carótida interna para evitar la morbilidad descrita en la literatura. **Conclusiones:** Actualmente la Cirugía Vascular de cabeza y cuello puede ser llevada a cabo con poca morbilidad y buenos resultados funcionales.

TC-282

HEPATOMA EN PACIENTE FEMENINA DE 23 AÑOS DE EDAD, DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO COMO ÚNICA SINTOMATOLOGÍA. REPORTE DE CASO

Suárez D, Tinoco LL, Villanueva O, Landaeta R. Unidad Médica de Alta Especialidad No. 1 Bajío IMSS. León, Gto.

El adenoma hepatocelular tiene un bajo potencial maligno. Los adenomas verdaderos del hígado son raros, y aparecen principalmente en mujeres que toman anticonceptivos orales. La mayoría de los adenomas son solitarios; en ocasiones son múltiples. Estos tumores son masas lisas encapsuladas, y no contienen células de Kupffer. Los pacientes suelen ser asintomáticos, apareciendo hemoperitoneo en 25% de los casos. **Resumen:** Se trata de paciente femenina de 23 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual: misma que presenta dolor tipo cólico, punzante, localizado a hipocondrio derecho de tres años de evolución, que aparece al realizar esfuerzo físico, como agacharse, caminar, el cual cede al reposo. US de hígado y vías biliares con discrepancia DX, adenoma vs hemangioma hepático. El TAC abdominal lesión focal altamente vascularizada en lóbulo derecho del hígado. La angiografía hepática reporta datos compatibles con hemangioma hepático segmentos 7 y 8. Paciente sometida a intervención QX, encontrándose tumor hepático sólido, multilobulado expansivo de aprox. 10x8 cm localizado en los segmentos 6-7 y parcialmente 5 y 8. Reporte de patología: adenoma de células hepáticas con diámetro de 6 cm. Paciente cursa con un postqx satisfactorio, egresada del servicio y vista ahora por la consulta externa, asintomático.

TC-284

TUMOR DE VAINA NERVIOSA PERIFÉRICA DE LOCALIZACIÓN ESOFÁGICA, LOCALIZACIÓN POCO USUAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Suárez D, Tinoco LL, Landaeta R, Villanueva O. Unidad Médica de Alta Especialidad T-1 León, Guanajuato. IMSS

Antecedentes: La histiogénesis de estos tumores, aún controversial ha sido atribuida a cambios metaplásicos del componente schwanniano, precursores de células de Schwann, células primitivas de la cresta neural, o simple atrapamiento de anejos cutáneos. El pronóstico de dichos tumores con diferenciación glandular, depende de la naturaleza maligna o benigna, siendo los primeros los más frecuentes, cabe reconocer que sigan un curso generalmente fatal, guardando la relación principalmente con el aspecto del componente fusocelular, más que con la presencia y características del elemento glandular que ha reunido criterio de malignidad excepcionalmente. El objetivo del presente cartel es considerar un tipo raro de diferenciación divergente que resulta de interés para el cirujano y el patólogo entre la necesidad de distinguirlos de otros tumores de tejidos blandos y el reconocimiento de variantes malignas o benignas. **Material y métodos:** Se trata de masculino de 48 años, con presencia de disfagia progresiva de 5 años de evolución, con endoscopia normal, demostrándose por TAC gran lesión en todo el trayecto del esófago desde el hipofaringe hasta el esófago abdominal, se somete a esofagectomía en 3 tiempos, egresándose a los 20 días tolerando

alimentos. Evolucionó con estenosis de anastomosis cervical actualmente con dilataciones satisfactorias.

TC-285

PERFORACIÓN GÁSTRICA ESPONTÁNEA EN FONDO CARA POSTERIOR EN PREESCOLAR DE 3 AÑOS 3 MESES. REPORTE DE UN CASO ÚNICO EN LA LITERATURA MUNDIAL

Suárez D, Juárez P, Landaeta R, Rodríguez G. Unidad Médica de Alta Especialidad T-1 León, Gto. IMSS

Antecedentes: La perforación gástrica en pediatría se asocia aunque no de manera frecuente, en pacientes prematuros, asociados a aspiración de meconio, ventilación asistida con presión positiva, enterocolitis necrotizante, en los pacientes a término en relación a bajo peso, presencia conjunta con fístulas traqueo esofágico, sexo masculino. No existe reporte en la literatura mundial de perforación gástrica espontánea en pacientes en el grupo de edad que encierra a los preescolares. El objetivo del presente cartel es dar a conocer un caso único en la literatura mundial como primicia de la "perforación gástrica espontánea en una preescolar". **Material y métodos:** Se trata de femenino de 3 años 3 meses sin antecedentes de importancia y previamente sana, que ingresa a urgencias con presencia únicamente de vómito incoercible este posterior a la ingesta de queso con 24 horas de evolución. Evolucionó con deshidratación severa, hipotensa, taquicardia, acidosis metabólica, debutando en el servicio con dolor abdominal difuso, se toman placas de abdomen descubriéndose aire libre subdiafragmático, se laparatomiza, con hallazgos de perforación gástrica de 2.5 cm de diámetro en fondo cara posterior, se cierra de primera intención, evoluciona con neumonía intrahospitalaria que resuelve, se egresa a los 15 días PO.

TC-286

DOBLE PRIMARIO DE TUBO DIGESTIVO EN UN PACIENTE SENIL

Reyes GG, Ramírez BM, Ramírez GO. HCSAE Cd. de México PEMEX

Antecedentes: Los tumores del estroma gastrointestinal son neoplasias mesenquimales presentándose con mayor frecuencia en el estómago y el intestino delgado; expresan la proteína KIT (CD 117), rasgo diferenciador de estos tumores. La posibilidad de desarrollar un segundo tumor primario es de 1:9 durante el transcurso de la vida. **Objetivo:** Reportar la presencia de doble tumor primario de tubo digestivo de diferente estirpe histológica en una paciente senil. **Informe del caso:** Femenino 91 años, resección de basocelular en cara, portadora de adenoma pleomórfico de glándula submandibular derecha, sin manejo. Cuadro de dos meses de evolución, con evacuaciones melénicas, síndrome anémico y de desgaste. Colonoscopia reporta tumor de ángulo esplénico, estudios de extensión negativos. Se realiza hemicolectomía izquierda con ETM por presencia de tumor de 6 cm, además se encuentra tumor pediculado en cara posterior de estómago de 9 cm, el cual se reseca completamente. Resto de cavidad sin AT. **Histopatológico:** Lesión gástrica: Tumor maligno de estroma gastrointestinal. Colon: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado ulcerado con extensión hasta tejido adiposo pericólico, bordes negativos, 20 ganglios negativos. Evolución satisfactoria. **Resultados:** La paciente tiene PLE de 2 años, con Karnofsky del 90%. **Discusión:** La incidencia de tumores sincrónicos de diferente estirpe en tubo digestivo es poco frecuente. El hallazgo de un tumor único en otro órgano diferente al estudiado, no es sinónimo de metástasis, por lo que hay que descartar un segundo primario. **Conclusiones:** La posibilidad de desarrollar un segundo primario aumenta con la expectativa de vida. Hecho que hay que tener en mente durante la cirugía de un paciente senil.

TC-287

GISTOMA GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO

Vela-Sarmiento I, Valdez-Méndez D, Becerra-García F, Robles-Aviña J, Flores-Gama F. Hospital General "Dr. Manuel Gea González" SS. México, D.F.

Antecedentes: Los tumores del estroma gastrointestinal corresponden al 1% de los tumores gastrointestinales. Se ha propuesto que se originan en las células de Cajal, marcapaso intestinal de plexo mientérico. Los marcadores inmunohistoquímicos CD34 y CD117/c-kit se requieren para su diagnóstico, para diferenciarlo de tumores de músculo liso. Su localización más frecuente es en estómago (65 a 70%). La supervivencia es de 35 a 54% a 5 años en pacientes con tratamiento quirúrgico, con una alta recurrencia de 50 a 65% en hígado, 52% local, pero con latencia larga. El tratamiento es quirúrgico con resección amplia de bordes, con margen de 1 a 2 cm y en tumores gástricos se puede requerir gastrectomía. **Objetivo:** Presentar un caso de tumor del estroma gastrointestinal de localización gástrica y su manejo quirúrgico. **Descripción del caso:** Femenino de 79 años, 5 meses con dolor en epigastrio de tipo urente, pérdida de peso de 8 kg, plenitud y vómito postprandial inmediato. Abdomen con tumor palpable de 6x6 cm en hipocondrio izquierdo, duro, móvil, de bordes definidos. US con imagen de tumor sólido adyacente a lóbulo hepático izquierdo. TAC imagen sólida de 53x63 mm dependiente de pared gástrica. Se realiza tratamiento quirúrgico reseccando el tumor con gastrectomía total y esófago yeyuno anastomosis con reservorio y Y de Roux. Evolución postoperatoria satisfactoria. Reporte histopatológico tumor del estroma gastrointestinal. Se presentan imágenes de tomografía simple, USG, transoperatorio y patología. **Conclusiones:** Los tumores de GIST son raros, su localización más frecuente es gástrica donde generalmente se requiere para su tratamiento gastrectomía.

TC-288

RESECCIÓN TRANSORAL DE TUMOR DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO. REPORTE DE CASO

Valdez-Méndez D, Vela-Sarmiento I, Robles-Aviña JA. División de Cirugía General, Hospital General "Dr. Manuel Gea González" SS, México, D.F.

Antecedentes: Los tumores del espacio parafaríngeo corresponden a 0.5% de los tumores de cabeza y cuello y el 80% son benignos. Entre ellos se encuentran los dependientes de glándulas salivales (40-50%), neurogénicos (38%) y en menor frecuencia los lipomas (7%). Por su localización son difíciles de evaluar con una sintomatología muy variable y para su diagnóstico se debe realizar TAC o resonancia magnética y en ocasiones se puede apoyar de BAAF. Su resección incluye diversos abordajes, como transoral, cervical con o sin mandibulotomía, transparotídeo, cervical transfaríngeo, entre otros. **Objetivo:** Reportar un caso de resección transoral de un lipoma del espacio parafaríngeo de grandes dimensiones. **Descripción del caso:** Masculino de 43 años de edad que inicia su padecimiento actual hace 6 años con disfagia progresiva de sólidos a líquidos, disfonía, dificultad respiratoria y pérdida de peso. A la exploración física transoral presenta tumor de 5x4 cm en faringe, de bordes regulares bien definidos. Se realiza TAC evidenciando tumor en espacio parafaríngeo, de 5 x 3 cm que comprime parcialmente vía aérea sin involucrar grandes vasos. Se interviene quirúrgicamente requiriendo realización de traqueostomía por imposibilidad para intubar y se reseca tumor de 5 x 6 cm de espacio parafaríngeo con abordaje transoral. El paciente evoluciona satisfactoriamente, egresando sin complicaciones. El estudio histopatológico reportó fibrolipoma. Se presentan imágenes de transoperatorio, tomografía simple y patología. **Conclusión:** Los tumores del espacio parafaríngeo son raros, y dentro de éstos los lipomas corresponden a un 7%. Su diagnóstico y evaluación es difícil. En este caso se obtuvo buen resultado con el abordaje transoral para la resección del tumor.

TC-289

TRANSPOSICIÓN COLÓNICA POR QUEMADURA ESOFÁGICA POR CÁUSTICOS EN TESTIGO DE JEHOVÁ

Valdez MD, Ibáñez FR. División de Cirugía General, Hospital General "Dr. Manuel Gea González" SS. México, Distrito Federal.

Antecedentes: Dentro de las lesiones esofágicas se encuentran las quemaduras por ingestión de productos químicos tanto accidentales como en suicidas. Las lesiones del esófago van desde quemaduras leves, hasta estenosis y perforaciones que culminan en reemplazo del órgano con ascenso gástrico, transposición de colon o intestino delgado, convirtiéndolo en un procedimiento de grandes exigencias. **Objetivo:** Presentar un caso de transposición de colon en una paciente con estenosis esofágica postquemadura por ingestión de cáusticos con intento suicida, sin empleo de hemoderivados por tratarse de testigo de Jehová. **Caso:** Femenino de 27 años que tres semanas posterior a ingesta de sosa desarrolla disfagia progresiva desde sólidos hasta líquidos. La endoscopia muestra estenosis del 90% de la circunferencia esofágica, por lo que se realiza ascenso colónico con túnel subesternal, preservando esófago mediastinal y con anastomosis colo esofágica cervical, sin emplearse hemoderivados. En la segunda semana de operada, la paciente presenta fuga anastomótica cervical. En la reexploración cervical se identifica fuga y se remodela anastomosis. Con un seguimiento de 6 meses, la paciente se encuentra en buen estado, tolerando alimentación vía oral normal con mínima disfagia. Se presentan imágenes radiológicas, endoscópicas y diagrama del procedimiento. **Discusión:** La transposición de colon ha jugado un papel importante en el reemplazo esofágico por las facilidades técnicas que presenta, especialmente en esófagos estenosados por quemaduras severas, evitando abordar el mediastino posterior, minimizando así el riesgo de lesiones o infección mediastinales. Este caso en particular refleja la necesidad de adaptación del cirujano para realizar un procedimiento de cirugía mayor con el cuidado necesario y la agresión al organismo mínima requerida para evitar transfusión de hemoderivados. **Conclusiones:** Es factible realizar ascenso colónico para reemplazo esofágico en pacientes testigos de Jehová.

TC-290

HEMOBILIA SECUNDARIA A TRAUMA ABDOMINAL PENETRANTE. REPORTE DE CASO

Becerra GFC, Valdez MD. División de Cirugía General, Hospital General "Dr. Manuel Gea González" SS. México, Distrito Federal

Antecedentes: La mortalidad asociada a traumatismos penetrantes en hígado ha disminuido desde la Segunda Guerra Mundial gracias al desarrollo de técnicas de reanimación y acceso rápido a cirugía. La hemobilia asociada a fístula biliovascular es una consecuencia rara de tales lesiones. **Objetivo:** Presentar un caso de hemobilia secundaria a trauma abdominal penetrante manejado con embolización selectiva. **Material y método:** Presentación en Cartel. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 17 años de edad con hemobilia secundaria a traumatismo abdominal penetrante por proyectil de arma de fuego. Como parte de su atención inicial, se realiza laparotomía exploradora encontrando perforación duodenal en la segunda porción, requiriendo rafia primaria. En su segundo día de postoperatorio presenta tinte icterico de pie y mucosas, vómito en pozos de café, y posteriormente hematemesis franca, además de hiperbilirrubinemia y elevación importante de fosfatasa alcalina. Sospechándose lesión del árbol biliar, se efectúa colangiografía retrógrada endoscópica, con imagen que demuestra fuga del material de contraste hacia una estructura vascular desde el conducto hepático derecho. Se colocan prótesis endobiliares. Posteriormente se realiza arteriografía con abordaje femoral y embolización selectiva del vaso involucrado, con hemostasia efectiva. Durante los días siguientes disminuyeron las cifras de bilirrubinas y fosfatasa alcalina, así como la ictericia. El paciente evoluciona hacia la mejoría, siendo egresado al sexto día del hospital. Se realizó colangiografía retrógrada de control a las 4 semanas, sin evidencia de fístula. El estudio y manejo de la hemobilia involucra herramientas como la colangiografía, la tomografía computada y la angiografía, que permiten proporcionar manejo oportuno, adecuado y de mínima invasión. Se presentan imágenes de colangiografía endoscópica y arteriografía con embolización selectiva.

TC-291

VÓLVULUS DE SIGMOIDES EN PACIENTE JOVEN. INFORME DE UN CASO

Noriega MO, Andrade B.JG. Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", SLP, SLP

Antecedentes: El vólculo del sigmoides fue descrito por primera vez en 1896 por Von Rokitsansky. Diferentes segmentos del colon pueden volvularse, el sigmoides es el más afectado. Tiene predilección por pacientes masculinos y mayores de 60 años, la presentación en paciente joven es extremadamente rara. **Objetivo:** Informe del caso. **Caso:** Paciente masculino de 21 años de edad con estreñimiento crónico, sin antecedente de cirugía previa y con buen estado nutricional. Acude con dolor intenso, difuso y continuo; que inicia en mesogastrio, tipo cólico; además de distensión abdominal, náuseas y vómito. La exploración física muestra taquicardia, abdomen en madera, peristaltismo ausente y deshidratación importante. Existe leucocitosis de 16,740/mm³ con 6% de bandas. La radiografía abdominal muestra signo del grano de café compatible con vólculos de sigmoides. Se procede a realizar laparotomía con diagnóstico de abdomen agudo secundario a vólculo sigmoides, durante la cual se confirma dicho diagnóstico, entonces se devolvula el sigmoides; pero los vasos sigmoideos se encuentran trombosados por lo que una sigmoidectomía con anastomosis término-terminal fue realizada. El postoperatorio del paciente fue exitoso egresando al paciente al quinto día sin complicaciones. **Conclusiones:** El diagnóstico puede realizarse mediante una radiografía simple de abdomen más el cuadro clínico del paciente en la mayoría de los casos. Existen diferentes procedimientos terapéuticos: devolvulación mediante recto-sigmoidoscopia (alta recurrencia), devolvulación con pexia, sigmoidectomía más colostomía y sigmoidectomía con anastomosis término-terminal, esta última en pacientes con condiciones locales y generales de calidad para la anastomosis, resolviéndolo en un solo evento quirúrgico, beneficiando económicamente al enfermo e institución.

TC-292

MUCOCELE APENDICULAR ROTO

Muñoz G, Vázquez C, Romero O, Palafox R, Landaeta R.

El mucoccele apendicular es una patología no rara, que se relaciona frecuentemente con adenocarcinoma. Habitualmente su diagnóstico es un hallazgo incidental en un paciente que se opera por apendicitis y en raras ocasiones, presenta ruptura espontánea. El tratamiento habitual es la apendicetomía para aquellos casos sin adenocarcinoma y apendicetomía y/o hemicolectomía derecha para aquellos con adenocarcinoma. El presente es un caso de un paciente masculino de 35 años de edad que acude por dolor abdominal de 2 semanas de evolución referido a hipogastrio y a la región perianal. Se realizan estudios de gabinete y laboratorio, demostrándose por tomografía una tumoración en la región pélvica con extensión a mesenterio. Se realiza laparotomía encontrándole un mucoccele roto. Se realiza apendicetomía y el estudio histopatológico reporta adenocarcinoma por lo que se realiza hemicolectomía derecha.

TC-293

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

Zarraga R.JL, Palomeque LA, Rodríguez MJ, Plata PE, Alcántara F. Hospital General de México. México, D.F.

Antecedentes: La vesícula en porcelana es una de las entidades en las cuales está indicado efectuar la colecistectomía, situación enmarcada por el riesgo del 28 al 60% de presentación de adenocarcinoma. Ecográficamente se aprecia un anillo con bordes irregulares y espesor variable, siendo el diagnóstico diferencial el lito único y quiste calcificado. **Objetivo:** Presentar un caso de vesícula en porcelana y revisión de la literatura. Descripción. Femenino de 46 años con antecedente de cuadro vesicular de 10 años de evolución en quien se realiza ultrasonografía y placa simple de abdomen que evi-

dencia vesícula en porcelana, es sometida a procedimiento quirúrgico con confirmación histopatológica posterior del cuadro.

TC-294

QUISTE DE MESENTERIO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Garza SV, Barrera RFJ, Vargas DA, Domínguez MK. Hospital General de México, OD. México, D.F.

Paciente femenino de 34 años de edad sin antecedentes hereditarios de importancia, sin antecedentes inicia padecimiento actual 6 meses antes de acudir a consulta fomentada principalmente por sensación de pesantez abdominal y aumento de volumen progresivo abdominal con dolor tipo cólico, difuso sin predominio de horario sin factores desencadenantes, ni atenuantes, sin otra sintomatología. Cuenta con tomografía abdominal que reporta tumoración redonda de contenido líquido de 15 x 12 x 10 cm aproximadamente y ovarios poliquísticos; tumoración la cual depende de mesenterio por lo que se decide realizar laparotomía exploradora encontrando lesión dependiente de mesenterio de intestino delgado de forma redonda de 12 x 12 x 10 cm aproximadamente de paredes delgadas, sin cambios de coloración y con contenido quiloso no fétido en su interior aproximadamente 250 cc. Paciente que evoluciona satisfactoriamente en el postoperatorio. La importancia de presentar este caso es recordar lo poco común que es, y por lo mismo la poca sospecha que se puede presentar al momento de diagnosticar.

TC-295

SÍNDROME ICTÉRICO DE PATRÓN OBSTRUCTIVO COMO PRINCIPAL MANIFESTACIÓN DE LINFOMA NO HODGKIN

Garza SV, Barrera RFJ, Vargas DA, Rodríguez BA, Torres RA. Hospital General de México, OD. México, D.F.

Femenino 35 años sin antecedentes de importancia únicamente colecistectomía hace 9 años, inicia en diciembre con presencia de tumoraciones en cuello, región supraclavicular e inguinal, de diferentes tamaños de 3 cm, dolorosos, blandos, en abril 2004 presenta odinofagia, tos no productiva, fiebre no cuantificada sin predominio de horario; cada tercer día; en mayo presenta exantema generalizado con lesiones papulares, prurito intenso, acompañándose de ictericia conjuntival y de tegumentos, coluria, acolia. Clínicamente ictericia (++++), conjuntival y tegumentos, adenomegalias bilaterales en zona 1, 2 y 3 de cuello de .5-1 cm dolorosos; sin compromiso cardiopulmonar. Abdomen blando depresible, hepatomegalia de 3-3-2 cm, esplenomegalia. BT 23, BD 15, BI 7, TGO 70, TGP 35, FA 396. Aspirado de médula ósea normocelular, megacariocitos normales y aumento de tejido eritroide. US de hígado y vías biliares ausencia de vesícula biliar, sin dilatación de vía biliar intra y extrahepática, colangiografía percutánea sin dilatación de vía biliar intra ni extrahepática con vía biliar rectificada y disminuida de calibre. TAC abdominal con hepatoesplenomegalia, ganglios retroperitoneales y retrocrales e imagen hipodensa en área V de hígado. BAFF de ganglio en cuello con células epiteliales malignas y biopsia excisional de ganglio de cuello con linfoma no Hodgkin. La importancia de este caso es la presentación atípica del mismo, siendo la principal manifestación la ictericia y de patrón obstructivo. Los linfomas no Hodgkin pueden cursar con ictericia, dolor y presencia de tumoración abdominal pero la ictericia no se caracteriza por ser de patrón obstructivo. Es un caso de difícil diagnóstico que debe ser compartido.

TC-296

PREVALENCIA DE APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MATAMOROS, TAMAULIPAS

Ibarra LF, Hernández JE, Reyes GG, Méndez J, Moreno J, Navarro A. Hospital General de H. Matamoros, Tamaulipas "Dr. Alfredo Pumaréjo"

Antecedentes: La apendicitis aguda es la primera causa de abdomen agudo quirúrgico, en cualquier edad, sexo o patología asocia-

da. **Objetivos:** Investigar prevalencia, fase de ingreso y resultado anatomopatológico de apendicitis aguda en nuestro hospital. **Material y métodos:** Se revisaron 278 expedientes de paciente con diagnóstico de apendicitis aguda en el periodo de enero del 2002 a diciembre del 2003. Se valoraron y estatificaron variables como la edad, sexo, fase clínica transoperatoria y su diagnóstico anatomopatológico. En la estadística inferencial se utilizó un nivel de confianza de 0.95 y un margen de error de 0.05. **Resultados:** De los 278 pacientes, 166 fueron hombres (59.7%) y 112 fueron mujeres (40.3%), la edad promedio de acuerdo al sexo fue en los varones de 14.1 años y de 16.9 en las mujeres, encontrando un rango de 3 a 75 años. La fase clínica fue: blancas 28 casos (10%), Fase I 58 casos (20.8%), fase II 40 casos (14.3%), fase III 66 casos (23.7%), Fase IV 84 casos (30.2%). El diagnóstico anatomopatológico fue: 98 casos apendicitis supurada (35%), apendicitis supurada perforada 142 casos (51%), otras 38 pacientes (19%). **Conclusiones:** Se obtuvo mayor frecuencia en sexo masculino, con mayor frecuencia en la segunda década de la vida en ambos sexos. Las fases clínicas más frecuentes fueron la III y IV con 23.7% y 30.2% respectivamente. El porcentaje de apéndices blancas del 10%, el cual es menor al 16 ó 20% reportado en la literatura, explicable a que llegan con evolución prolongada, automedicados, y con diagnóstico retardado.

TC-297

UTILIDAD DEL ULTRASONIDO ABDOMINAL EN EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA

Ibarra LF, Hernández JE, Reyes GG, Méndez J, Moreno J, Escañuela E. Hospital General de H. Matamoros, Tamaulipas "Dr. Alfredo Pumarejo"

Antecedentes: La apendicitis es la emergencia quirúrgica más frecuente, históricamente se diagnostica por clínica, laboratorio y datos radiográficos; apareciendo el ultrasonido como una herramienta más. Apendicectomías innecesarias y el diagnóstico retardado se asocian a aumento de la morbilidad. La escala de Alvarado consiste en un sistema de puntuación de 10 para el diagnóstico de apendicitis, basado en síntomas, signos y laboratorios. Otro auxiliar diagnóstico es el ultrasonido. En la mayoría de los hospitales del país se solicita de manera inicial y más si es mujer en vida reproductiva, dando datos indirectos e inespecíficos de esta patología. Se hizo una evaluación clínica para el diagnóstico de apendicitis y se determinó la utilidad del ultrasonido abdominal. **Objetivos:** Determinar la utilidad del ultrasonido de abdomen y confirmar la superioridad al diagnóstico clínico. **Material y métodos:** Se revisaron 278 expedientes de paciente con diagnóstico de apendicitis aguda en el periodo de enero del 2002 a diciembre del 2003, de los cuales a 150 pacientes se les realizó ultrasonido. Se valoraron y estatificaron variables como la edad, sexo, escala de Alvarado (Dolor migratorio, anorexia, náuseas, vómitos, dolor en fosa iliaca derecha, fiebre, rebote y leucocitosis) y datos ecográficos (Estructura tubular aperistáltica, luz central dilatada, pared externa edematosa, signo de la dona). **Resultados:** De los 150 pacientes, fueron 40 hombres (26.6%) y 110 fueron mujeres (73.3%), en quienes hubo mayor duda diagnóstica; la edad promedio de acuerdo al sexo fue en los varones de 14.1 años y de 16.9 en las mujeres, encontrando un rango de 3 a 75 años. Escala de Alvarado 10 (7.3%), Alvarado 9 (43.4%), Alvarado 8 (40.9%), Alvarado 7 (5.1%). De los criterios ecográficos 4 criterios (10.3%), 3 criterios (15.3%), 2 criterios (18.5%). **Conclusiones:** Se obtuvo mayor frecuencia en sexo masculino, con mayor frecuencia en la segunda década de la vida en ambos sexos. El ultrasonido abdominal es poco específico y de mínima utilidad para el diagnóstico de apendicitis aguda, no así, para descartar la sospecha de otras patologías. Los datos clínicos tienen superioridad diagnóstica para la apendicitis.

TC-298

AGENESIA VESICULAR, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Zárraga RJL, Martínez MJ, Cárdenas GO, Rodríguez MJ, De León ZL, Alcudía JL, Aragón F. Hospital General de México. México, D.F.

Antecedentes: La agenesia vesicular se presenta en 0.09 al 0.16 en los reportes de necropsias. Los casos diagnosticados intraoperatoriamente presentan un predominio del sexo femenino en relación 3:1, aunque en las necropsias la proporción es similar en ambos sexos en esta entidad. La mayoría de los casos se descubre entre los 36 y 42 años y no existe una sintomatología sugestiva de esta patología. **Objetivo:** Describir la presentación de un caso de agenesia vesicular en el Servicio de Urgencias del Hospital General de México y revisión de la literatura de esta patología. **Informe del caso:** Femenino de 66 años con antecedente de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de 10 años de evolución quien es sometida a colecistectomía abierta de urgencia en donde se efectúa disección cuidadosa de la vía biliar sin encontrar vesícula biliar, realizando colocación de sonda en T con extracción de lito único de 2x2x1.5 cm. Se realiza colangiografía transoperatoria sin evidenciar vesícula biliar, situación que se confirma con colangiografía transsonda en el postoperatorio.

TC-299

COMPARACIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A CIRUGÍA EN CIRUGÍA DE COLON ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL

Bermeo ME, González de la MJJ, Santín RJ, Betancourt GJR. Del Departamento de Cirugía General, Hospital Ángeles del Pedregal. México, D.F.

Antecedentes: La cirugía laparoscópica se ha constituido en el procedimiento de elección para un amplio número de operaciones; sin embargo no se ha definido su valor en cirugía de colon, pues no se ha comprobado su inocuidad en el riesgo de infección postoperatoria. **Objetivo:** Comparar la incidencia de infecciones intrahospitalarias relacionadas al acto quirúrgico entre estas dos opciones terapéuticas en la experiencia de nuestro hospital. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en que se revisaron todos los reportes de infección confirmados por el comité de infecciones y los casos codificados como cirugía de colon por el archivo clínico entre enero del 2003 a junio del 2004, analizando edad, sexo, tipo de preparación, profilaxis y terapéutica antimicrobiana, tipo de cirugía y diagnósticos pre y postquirúrgico. **Resultados:** Se incluyeron 87 pacientes: 62 operados por cirugía abierta y 25 por laparoscópica. El promedio de edad fue 56 años, con predominio del sexo femenino; la patología más frecuente fue la enfermedad diverticular, los antibióticos más utilizados fueron metronidazol más ceftriaxona, y la preparación mecánica más empleada el polietilenglicol. Se encontraron tres infecciones de herida quirúrgica, dos en cirugía abierta y una en laparoscópica. **Discusión:** Este reporte inicial no muestra diferencias importantes en la frecuencia de infecciones entre ambos métodos aunque sí se encontró que todas se presentaron en colon no preparado adecuadamente. **Conclusión:** La cirugía laparoscópica parece tener resultados similares o aún mejores que la convencional. La falta de preparación del colon predispone a infecciones. Son necesarios estudios prospectivos para comprobar nuestros resultados.

TC-300

ASPERGILOSIS ESPLÉNICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Niño-Solís J, Aguilar SCA, Ramírez AR, Leyva GO, Blanco BR. Hospital de Especialidades, Servicio de Gastrocirugía, Centro Médico Nacional, Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. México, Distrito Federal

Antecedentes: Las enfermedades causadas por *Aspergillus* son numerosas, variando desde saprófitas pulmonares, manifestaciones alérgicas, enfermedades destructivas locales a infecciones fatales y diseminadas en pacientes inmunocomprometidos. Pacientes con un grado moderado de inmunosupresión como diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o después de resolución de neutropenia pueden presentar aspergilosis crónica necrotizante o seminvasiva. Dentro de las formas invasivas de aspergilosis están sinusitis invasiva, afeción a tráquea y bronquios, aspergilosis pul-

monar invasiva. Aproximadamente el 7% de las autopsias presentan infección sistémica fúngica, de las cuales el 60% es por aspergilosis invasiva. **Informe del caso:** Hombre de 53 años de edad, albañil, con reciente diagnóstico de diabetes mellitus, antecedente de rinosseptoplastia hace 12 años, cuadro actual de sinusitis crónica agudizada que requirió cirugía (Caldwell-Luck) y etmoidectomía izquierda 2 meses antes de su ingreso al hospital diagnosticándose Mucormicosis, se manejó con anfotericina B y por mala evolución es enviado a nuestra Unidad. A su ingreso se tomó cultivo de secreción nasal y de oído izquierdo el cual se reportó como Aspergilosis. Presentó dolor abdominal y se detectó hepatoesplenomegalia, leucocitosis de 20,000, HIV por ELISA negativo, TAC abdominal con hepatoesplenomegalia, imagen hipodensa en polo superior de bazo así como múltiples de menor tamaño sugerentes de abscesos esplénicos. Se sometió a laparotomía exploradora encontrando hepatomegalia, esplenomegalia, hematoma subcapsular roto en polo superior de bazo, se realizó esplenectomía y biopsia hepática, con reporte histopatológico de Aspergilosis esplénica. Su evolución fue mala y fallece a los 11 días del postoperatorio.

TC-301

DIAGNÓSTICO ACTUAL DE APENDICITIS EN EL HOSPITAL GENERAL DE TLALNEPANTLA

Gonzalezsantiago PA, Ovando JE, Ramírez OBC, Piña GMC, Aguilar SJ, Aznar AJ, Gomezcordova LR, Pazarán MCD, Piña GMC, García NR, Ortiz ZMA, Vargas VVM, Urzúa VA, Escalona DMS, Sandoval GCF, Rodríguez GSN. Hospital General de Tlalnepantla, Instituto de Salud del Estado de México

Antecedentes: Las publicaciones actuales refieren el uso adecuado de métodos auxiliares en el diagnóstico de apendicitis, otorgando crédito al ultrasonido y exploración, restando el mismo a la placa simple de abdomen y laboratorio. **Objetivo del estudio:** Mencionar los métodos utilizados el último año, para diagnosticar apendicitis aguda. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes del último año de los pacientes adultos sometidos a cirugía con diagnóstico de apendicitis aguda, las variables a determinar fueron el diagnóstico prequirúrgico, los estudios valorados ultrasonido, placa simple de abdomen y biometría hemática y diagnóstico postoperatorio. **Resultados:** Se revisaron 92 expedientes. 88 con diagnóstico final de apendicitis, 3 con salpingitis, 1 gastroenteritis. El laboratorio reportó: pacientes con leucocitosis con menos de 10,000: 8 complicadas 8.7%, 5 exudativas 5.4%, 1 edematosa 1.08%. Leucocitosis con más de 20,000: 1 salpingitis 1.08%, 7 complicadas 7.6%, 1 edematosa 1.08%, 1 exudativa 1.08%. Ultrasonido: 17 estudios, sensibilidad 40%, especificidad 90%. RX sólo 10 Casos 10.9%, 2 no significativos 2.17%, 5 complicados 5.4%, 3 edematosos 3.3%, 2 exudativos 2.18%. Casos comprobados 20%, 8 (8.7%) con datos inespecíficos, no sugirieron ni modificaron diagnóstico. Resultado postoperatorio: 37 complicadas 40%, 19 edematosas 20%, 32 exudativas 35%, 4 sanas o reactivas 5%. **Conclusiones:** 99% de los casos se realizó diagnóstico de apendicitis aguda sin necesidad de Rx, con certeza del 95%. Valor significativo de la placa simple de abdomen similar al 1% de diagnósticos.

TC-302

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE TLALNEPANTLA
Gonzalez-Santiago PA, Ramírez OBC, Gómez-Cordero LR, Aguilar SJ, Ovando JE, Pazarán MCD, Ortiz ZMA, García NR, Pantoja JJA, Vargas VVM, Urzúa VA, Escalona DMS, Sandoval GCF. Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylán", ISEM

Antecedentes: La medicina, en la búsqueda continua de la mejoría, contempla el concepto de calidad en la atención médica, promoviendo el acercamiento de los servicios al paciente. **Objetivo del estudio:** Evaluar la calidad de la atención del servicio de Cirugía del Hospital General de Tlalnepantla, desde la perspectiva del paciente, en base a la satisfacción obtenida a través de la atención otorgada a los

pacientes. **Pacientes y método:** Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo, por medio de encuesta telefónica a pacientes y familiares, de los pacientes, que fueron sometidos a algún procedimiento quirúrgico durante el periodo de los meses octubre, noviembre y diciembre de 2003, con trece preguntas directas sobre aspectos de la atención otorgada. **Resultados:** De las respuestas obtenidas, se encontró favorable, para satisfacción del paciente en el 93%, con el valor más bajo en las complicaciones esperadas por los pacientes con porcentaje de 84% y el más alto en la cortesía del médico que otorgó la atención con porcentaje de 98.5%. **Discusión:** Por los programas nacionales de acercamiento de los servicios de salud a los pacientes, logrando mejorar la atención a los mismos, encontramos satisfactorio el resultado de nuestro servicio, con porcentaje positivo elevado. **Conclusiones:** La práctica de la cirugía, como arte humanitario, debe siempre perseguir el objetivo del éxito integral en el manejo del paciente, la excelencia de la calidad del servicio, se puede evaluar, no sólo en la mejoría significativa de la salud del paciente, sino la satisfacción del mismo.

TC-303

TUMOR CARCINOIDE DE LA ÁMPULA DE VATER, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Arreola TR, Hermosillo SJM, Olivares BJJ, Rodríguez HN, Delgado VJ. Servicio de Cirugía General, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jal.

Introducción: Los tumores carcinoides son un grupo heterogéneo de neoplasias de las células de Kulchitsky. La mayoría se presenta en tracto gastrointestinal (65%), mayor frecuencia en colon derecho y apéndice. En ámpula de Vater son extremadamente raros (<0.3%), publicándose casos aislados (aproximadamente 80 casos reportados), son más frecuentes en mujeres después de la quinta década. El diagnóstico prequirúrgico es difícil, de utilidad la endoscopia, TAC, CPRE y biopsia. **Objetivo:** Presentación de un caso y revisión bibliográfica del tumor carcinoides de ámpula de Vater. **Presentación de caso:** Femenino, 52 años, antecedentes: tiroidectomía por bocio multinodular. Ingresada a Gastroenterología por disfagia y vómitos, endoscopia: candidiasis esofágica, biopsia negativa a malignidad, compresión duodenal extrínseca. CPRE: ámpula de Vater aumentada de tamaño, vegetante, friable y aspecto tumoral, no se logra canular, otra lesión de aspecto vegetante a 2 cm. Biopsia: Carcinoides glandular (psammatoso). TAC: dilatación de vías biliares y colédoco intrapancreático, sin evidencia de lesiones pancreáticas o metástasis. Se realiza pancreatoduodenectomía, sin complicaciones postquirúrgicas. Histopatológico: carcinoides maligno en ámpula de Vater, un ganglio afectado, infiltración superficial en páncreas y duodeno, con obstrucción de la encrucijada. **Conclusiones:** Los tumores carcinoides son potencialmente malignos, los localizados en región duodenal y ámpula de Vater pueden estar asintomáticos o síntomas inespecíficos. En este caso fue de utilidad la endoscopia y biopsia, que demostró la lesión. La excisión local en tumores de menos de 2 cm puede estar indicada, si son lesiones > 2 cm, la pancreatoduodenectomía es lo recomendable. La sobrevida a los 5 años es > 90%.

TC-304

ESPASMO DIFUSO DEL ESÓFAGO, TRASTORNO MOTOR QUE PRECEDE A LA ACALASIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Herrera-Esquivel JJ, Suárez-Morán E, Raña R, Noble A, López-Acosta ME. Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal. Hospital Español de México. Ciudad de México

Introducción: El espasmo difuso del esófago es un trastorno motor primario raro, que condiciona dolor torácico y disfagia, acompañado por contracciones segmentarias. **Objetivo:** Presentar un caso con estudio de manometría esofágica que de manera inicial mostró un espasmo difuso del esófago y que en estudio posterior tuvo un comportamiento manométrico de acalasia esofágica vigorosa. **Presentación del caso:** Paciente de 41 años. Inicia padecimiento en 2002; con disfagia progresiva de 3 meses de evolución, pirosis, pérdida de

5 kg, dolor retroesternal y singulto ocasional. En marzo-junio, 2003 sometida a SEG y endoscopia superior. En septiembre de 2003, a manometría esofágica compatible con espasmo difuso del esófago. Recibe tratamiento médico, pero la sintomatología progresa. En febrero de 2004, con intolerancia a la vía oral. Nueva endoscopia superior y manometría esofágica compatibles con acalasia esofágica vigorosa. La paciente es sometida a cardiomiectomía de Heller y funduplicatura parcial laparoscópica. **Resultados:** Se presentan estudios radiológicos, endoscópicos y manométricos del caso. **Discusión y conclusiones:** La fisiopatología e historia natural del espasmo difuso del esófago es incierto, pero se ha observado la presencia de hipersensibilidad a estímulos colinérgicos similar a la observada en la acalasia, y se ha sugerido que precede a este trastorno en un 2 a 5% de los casos.

TC-305

PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DE LAS HERIDAS DE ESPESOR PARCIAL CON TRATAMIENTO MEDIANTE SOLUCIÓN SUPEROXIDADA (MICROCYN 60)

Ojeda VG, Tort MA, Rivera VA, Padilla MC. Hospital Regional "1° de Octubre", ISSSTE. Ciudad de México, D.F.

Las heridas se han manejado con diversos métodos, pero no existe un consenso acerca del mejor medio para lograr una temprana y adecuada cicatrización disminuyendo la posibilidad de infección. En hospitales de tercer nivel se presentan con relativa frecuencia complicaciones en el manejo de las heridas quirúrgicas, por lo que se trata de llevar un manejo adecuado tanto preventivo como terapéutico para la infección de tejidos blandos, para lo cual se han ideado – y usado– diversas sustancias. Una opción terapéutica es la solución superoxidada actuando como antiséptico-germicida de amplio espectro. **Objetivo:** Demostrar la efectividad de la solución superoxidada (Microcyn 60) para prevenir la infección en las heridas de espesor parcial. **Material y métodos:** Heridas de espesor parcial en pacientes que se encuentren hospitalizados, que se encuentren lejos de focos infecciosos (ano, estomas) sin datos de descompensación o disfunción orgánica grave en el momento de ingresar al protocolo. Se aplica solución superoxidada 2 veces al día, realizando seguimiento diario de la herida. **Resultados:** Contamos con diversos tipos de heridas, los cuales se han tratado con dicha solución, mostrando mejoría significativa con disminución en el diámetro y en el espesor, así como ausencia de infección en la misma. **Discusión:** El manejo de heridas continúa siendo un reto, principalmente con las heridas crónicas, por lo que al tener un resultado satisfactorio con este trabajo, se extenderá el protocolo con otro tipo de lesiones.

TC-306

FUNCIÓN PULMONAR POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR

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

Las complicaciones pulmonares postquirúrgicas son por cambios en los volúmenes pulmonares con reducción en capacidad vital, capacidad residual funcional (10-35%). Los parámetros funcionales firmemente establecidos para estudio postquirúrgico son FEV₁, capacidad de difusión al monóxido de carbono (DLCO) y los test de ejercicio con determinación máxima de oxígeno, dando valores de operabilidad para la resección pulmonar. **Objetivo:** Conocer la evolución de la función pulmonar postresección pulmonar (30 d, 6 meses, 12 meses), periodo 5^a (enero '95-enero'01). Valorar si el cambio en la función pulmonar es significativa. Evaluar la utilidad del cálculo del FEV₁ postoperatorio esperado en la evaluación preoperatorio. **Material y métodos:** Se revisaron 210 expedientes de pacientes intervenidos por resección pulmonar. Variables: enfermedad de base; resección realizada; cirugía electiva/urgencia; complicaciones; FEV₁, FVC, FEV₁/FVC (pre-postquirúrgicos); PaO₂, PaCO₂, SaO₂; estudio

de la función pulmonar post-resección; fecha de alta de cirugía. **Resultados:** 126 pacientes femeninos, 84 masculinos; edad 42.6 años (media). Causas: cáncer 58 (27%), degenerativos 13 (6.2%), infecciosos 110 (52.4%), congénitos 26 (12.4%), otros 3 (1.4%). Complicaciones: 27 pacientes. Sólo en 52 pacientes hubo seguimiento de función respiratoria: FVC 82.11% (absoluto 2.85L), FEV₁ 72.2% (absoluto 1.2L), DLCO 95.48% (sólo en 31 pacientes). Los valores de FEV₁ y FVC dictaminaron un valor funcional menor a la que tuvieron los pacientes cuando se les midió. **Conclusiones:** El cambio más importante en la función pulmonar es PaO₂ y SaO₂. La fórmula para calcular FEV₁ postoperatorio subestimó su valor postquirúrgico. La valoración gasométrica concuerda con la literatura. Se requieren de más estudios prospectivos para evaluar más estrechamente la mecánica pulmonar y determinar dónde podemos realizar mayor impacto en la recuperación.

TC-307

LO QUE NO DEBE HACERSE EN EL MELANOMA

Rosado VCG, Pizarro CM, Bautista ZC. Grupo Médico de Especialidades

Masculino 80 años de edad originario de Michoacán, campesino. **Antecedentes:** Hipertensión arterial. Oncológicos: personales y familiares negados. Hace 2 años autodetecta lesión dérmica de 0.2 cm en falange distal dedo índice derecho, sobre lecho ungueal, coloración oscura, bordes elevados e irregulares. Evoluciona con crecimiento lento, asimetría, y tendencia a la deformación de tejidos blandos en falange distal. En enero 2004 alcanza 1.7 x 0.6 x 0.4 cm. Realizan biopsia incisional (a descartar hongos y lesión ósea) en medio privado (ajeno al nuestro). Dan cita prolongada, el paciente deserta del protocolo de estudio. Acude a nosotros (13/07/04) con las siguientes características: senil, asténico, hiporéxico, palidez tegumentaria, disnea leve, antecedente de expectoración hemoptoica escasa y emaciación moderada; cuello y axilas sin adenomegalias; tumor con infiltración en falange distal y falange media de 4 x 3 x 5 cm, negro, oscuro, contornos irregulares, ulcerado, exudado melisérico en algunas zonas; friable con sangrado escaso continuo, y algunas zonas de esfacelación. Además satelitosis con tumor de 0.3 x 0.5 cm en falange proximal cara interna. Biopsia (10/01/04) Inmunohistoquímica: HMB-45, S-100 y Vimentina positivo a células neoplásicas. Tejido ungueal: melanoma epiteloide invasor en fase de crecimiento radial de tipo diseminación superficial. No evaluable: la fase de crecimiento vertical, niveles de Clark y Breslow; ni los márgenes quirúrgicos porque la incisión es superficial y fragmentación del espécimen. Laboratorios (13/07/04): Bh: 9.8 mg/dl, Hto: 29%, TP: 22"; TTP: 45"; FA: 540, Albúmina: 2.9 mg/dl. Rx. de tórax y USG Hepático: MET's. Melanoma cutáneo: cáncer dérmico por afección a melanocitos. Incidencia: el 1.02 x 100 mil habitantes y ocupa el 7 al 9% de todos los tumores de piel. Mortalidad a 5 años: 0.22 x 100 mil y la supervivencia a 5 años 80% para casos bien manejados. Recurrencia local: 9.5%. Metástasis: linfática y sanguínea (pulmón e hígado). Manejo quirúrgico es el tratamiento primario: escisión local ampliada, linfadenectomía regional, y se sugiere biopsia de ganglio centinela. Nevo sospechoso: lunar que cambia de tamaño, forma o color, bordes irregulares, uno o dos colores, asimétrico, sangra o exuda y puede ulcerarse. Exposición a luz solar, rayos UV, antecedentes personales o familiares de melanoma, piel blanca o clara, pecas, cabello rubio, ojos azules.

TC-308

¿LA APENDICECTOMÍA INCIDENTAL UN PROCEDIMIENTO DE RUTINA? REPORTE DE UN CASO DE APÉNDICE VERMIFORME CON LONGITUD SUPERIOR AL PROMEDIO

Soto Jaime, Avendaño Ernesto, Salvador Rogelio. HG Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, ISSSTE. México D.F.

Antecedentes: Existen estudios por diferentes autores donde hablan del promedio del apéndice vermiforme de 6 a 9 cm de longitud, mientras que los reportes de longitud mayores a 20 cm son muy

raros en la literatura universal. **Objetivo:** Mostrar el interés tanto en las dimensiones del apéndice vermiforme como la prevención de la patología más frecuente de abdomen agudo (apendicitis). **Material y métodos:** De 2001 a 2004 realizamos apendicetomía incidental como rutina en pacientes programados y de urgencia que se encontraran hemodinámicamente estables, para cirugía mayor y como ejemplo en un masculino de 38 años, con antecedente de glaucoma congénito bilateral, se diagnostica coledocolitiasis y colangitis, realizando CCT Y EVB, con hallazgos de vesícula biliar escleroatrófica de 20x10x10 mm y lito único de 2 cm de diámetro en colédoco dilatado de 20 mm además material purulento espeso, se identifica apéndice vermiforme, libre, paracólico, subhepático, buena coloración, longitud de 20 cm de diámetro, delgado, palpándose escaso contenido fecal, decidiendo la apendicetomía incidental. **Resultados:** Las variedades del apéndice cecal en su tamaño, posición y morfología, entre otras, son factores de riesgo de presentar apendicitis complicada. **Discusión:** La importancia en la medicina basada en evidencias de nuestro hospital revela la importancia en reducir la morbi-mortalidad de complicaciones por apendicitis en pacientes sometidos a eventos previos de cirugía mayor, de los que no se efectuó apendicetomía se intervinieron más tarde hasta con una frecuencia del 15%. **Conclusiones:** Sugerimos la apendicetomía incidental en forma rutinaria en procedimientos quirúrgicos mayores, siempre que no prolonguen considerablemente el tiempo transoperatorio proyectado, con pacientes hemodinámicamente estables e incisiones con exposición y acceso seguro para el procedimiento.

TC-309

PRESENTACIÓN DE CASO: RUPTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA
Matus FB, Plazola Camacho LG, Sánchez FGR. Departamento de Cirugía y Endoscopia Gastrointestinal. Centro Médico ISSEMYM. Metepec. Estado de México.

Introducción: La ruptura esplénica espontánea es una entidad rara que ocurre como manifestación inicial de una patología de origen infeccioso, inmunológico u oncológico. Su tratamiento requiere esplenectomía de urgencias. **Reporte de caso:** Masculino de 42 años, ingresa por fiebre de 2 meses de evolución de predominio vespertino, dolor abdominal punzante, intenso en epigastrio acompañado de vómito en 3 ocasiones y 2 evacuaciones melénicas. A su ingreso T 37°C, FC 117x', FR 25x', TA 112/74. Por la tarde fiebre de 39.8°C. EF consciente, con ataque al estado general, pálido, febril, dolor abdominal generalizado con predominio en hipocondrio izquierdo, descompresión positiva, canaliza gases, abdomen distendido, peristalsis disminuida. Laboratorio: Leucocitos 5,000, hemoglobina 7.2, hematocrito 20, plaquetas 88,000, albúmina 2.3, QS, ES, amilasa y lipasa normales. Gabinete: Tele de tórax, atelectasia basal izquierda. USG abdominal, líquido libre abundante en cavidad. Panendoscopia, hernia hiatal pequeña, sin evidencia de sangrado. Se realiza laparotomía con hallazgos: hemoperitoneo de 2,500 cc, lesión esplénica Grado III. En el postoperatorio se realizan reacciones febriles, hemocultivo, exudado faríngeo, Ac anti-tripanosoma, Ac heterófilos, perfil TORCH, anti Epstein Barr IgG e IgM, Ac. Antihepatitis, gota gruesa y VIH resultando negativos. Reporte histopatológico: esplenomegalia, (peso 990 gr), hematoma subcapsular. Hemofagocitosis extensa, zonas de necrosis isquémica con metaplasia mioide. Evolucionan con fiebre vespertina, edema palpebral izquierdo y quemosis conjuntival con involución espontánea, además, eritema indurado distribuido en todo el cuerpo, la biopsia de piel reportó Linfoma no Hodgking, cutáneo estirpe T. **Conclusiones:** La ruptura esplénica condiciona estado de choque, requiere manejo quirúrgico urgente por el rápido deterioro del paciente. Posteriormente se debe investigar su causa para dar tratamiento específico.

TC-310

PLASMOCITOMA MANDIBULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO
Zambrano J, Berdeal E, Talamas S, Ávalos F, Gámez R. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Saltillo U. A. de C

Antecedentes: El plasmocitoma es una proliferación neoplásica de células reticuloplasmáticas monoclonales que se presenta en tres entidades distintas: plasmocitoma de hueso solitario, plasmocitoma extramedular y el mieloma múltiple. Afecta con mayor frecuencia senos paranasales, maxilar superior y hueso mandibular. Es la biopsia donde se establece la presencia de agregados de células plasmáticas con atipias, inversión de la proporción núcleo/citoplasma e infiltración a tejidos adyacentes. **Objetivo:** Revisión e informe de un caso clínico. **Material y métodos:** Presentamos el caso de una paciente femenina de 53 años quien consultó a nuestro servicio luego de haber recibido tratamiento con quimioterapia por 6 meses por plasmocitoma de la hemimandíbula derecha. En vista de no tener respuesta es referida a nuestra institución para manejo. Se descarta mieloma múltiple y se le realiza hemimandibulectomía y reconstrucción con placa de titanio. **Resultados:** El análisis histopatológico de la lesión reportó plasmocitoma, confirmando la presencia monoclonal por inmunocitoquímica y tinte para las cadenas de inmunoglobulina lambda. **Conclusiones:** El plasmocitoma óseo puede ser tratado quirúrgicamente o con radioterapia, además de descartar el mieloma múltiple, lo cual modifica el enfoque terapéutico.

TC-311

HERNIA DE SPIEGEL: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Méndez J, Hdz. J, Martínón A, M Ibarra L, Reyes G, Moreno J

Objetivo: Reportar un caso clínico de paciente con hernia de Spiegel (HS), su abordaje diagnóstico, terapéutico y su evolución. **Diseño:** Reporte de caso. Sede Hospital de segundo nivel. **Descripción del caso:** Femenino de 56 años de edad con tumoración abdominal de 20 años de evolución localizada en cuadrante inferior izquierdo, con aumento gradual y progresivo, manifestando cuadros ocasionales de dolor de leve intensidad. 2 años previos a su ingreso con exacerbación del cuadro hasta ser incapacitante, relacionado con actividad física, alcanzando dimensiones de 20 por 20 cm aproximadamente; Acude para valoración encontrándose masa dolorosa a nivel de la línea semilunar izquierda e infraumbilical que parece corresponder a tumoración herniaria de pared abdominal sin datos de irritación peritoneal acompañantes, se solicitan radiografía simple de abdomen, ultrasonido que conjuntamente a la tomografía computada corroboran el diagnóstico de hernia de pared programándose intervención quirúrgica encontrándose dicho tumor en la línea semilunar izquierda a través de fascia de Spiegel por lo que se diagnostica HS. Procediéndose a invaginación del saco descartándose compromiso del contenido y se realiza cierre del defecto aponeurótico y colocación de malla, con una evolución postoperatoria satisfactoria y sin incidentes, durante un seguimiento de 2 meses. **Conclusión:** La HS entidad infrecuente, no registrada anteriormente en nuestro hospital, y que habitualmente cursa con manifestaciones inespecíficas y exploración física anodina que llegan a dificultar su diagnóstico, existiendo aunque raro el riesgo de complicaciones. Por lo regular tiene respuesta favorable al tratamiento y se reportan escaso número de recidivas.

TC-312

COLITIS TUBERCULOSA CON APENDICITIS AGUDA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Zambrano J, Mendoza G, Ávalos F, Gámez R. Hospital Universitario de Saltillo, U A de C Saltillo, Coahuila

Antecedentes: La tuberculosis intestinal es secundaria principalmente a la ingesta del *Mycobacterium tuberculosis*. Se afecta la región ileocecal por la gran cantidad de tejido linfático, condicionando que se afecte el colon proximal. Para su diagnóstico se identifica el bacilo por visualización directa o tinción Ziehl-Nielsen. La tuberculosis en colon se presenta en el 12% de la tuberculosis abdominal. **Objetivo:** Revisión e informa de un caso. **Material y métodos:** Paciente femenina con 35 años que acude por dolor en fosa iliaca derecha de más de 24 horas de evolución acompañado de náusea e

hiporexia, encontrando el abdomen doloroso con signo de Murphy y resistencia muscular. Se realiza cirugía con diagnóstico de apendicitis aguda, encontrando tumoración dependiente de ciego que involucra apéndice cecal, con adenopatías en mesocolon y adherencias de epiploón a pared. Se realiza hemicolectomía derecha e ileo-transversoanastomosis. **Resultados:** El reporte histopatológico fue colitis aguda y linfadenitis granulomatosa secundaria a micobacterias, y apendicitis aguda con peritonitis aguda. No se demostró tuberculosis pulmonar o en otro foco y las pruebas para VIH fueron negativas. Se trató a la paciente con rifampicina, isoniacida y pirazinamida. **Conclusiones:** El tratamiento es principalmente médico, y se indica el quirúrgico para las complicaciones como obstrucción, perforación, fístulas, hemorragia y peritonitis. La resección de lesión con anastomosis y la medicación antifúngica en el postquirúrgico da buen resultado en estos pacientes.

TC-314

EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE DIABÉTICO Y NO DIABÉTICO CON SÍNDROME DE FOURNIER

Muñiz EJJ, Pulido RJ. Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda"

Antecedentes: Enfermedad potencialmente mortal, presenta gangrena en región genital y perianal, asociada a infecciones polimicrobianas. Factores predisponentes diabetes mellitus, edad media de 57 años, mortalidad del 37.5%, 78% presenta hiperglucemia al ingreso y 30% se conocían diabéticos. **Objetivos específicos:** Conocer si el control metabólico de la diabetes mellitus es el principal factor pronóstico en pacientes con síndrome de Fournier. **Material y métodos:** Paciente que ingresa con síndrome de Fournier durante periodo del 2000 al 2003 (46 PX). **Resultados:** Edad promedio 54 años, más frecuente sexo masculino (82.3%), enfermedad concomitante diabetes mellitus (51.1%), sitio de origen más frecuente patología anorrectal (37.7%). 68.9% con cifras arriba de 250 de glucosa en sangre, estancia hospitalaria promedio 27 días (57.7%), utilizando doble esquema de antibiótico con metronidazol y cefotaxima (73.3%). Se realizó procedimiento quirúrgico en el 100% y segunda intervención en un 68.8%, colostomía en 8.8%, microorganismo frecuente *E. Coli* y enterococos, ingreso a cuidados intensivos del 28.8% y 20% de mortalidad. **Conclusiones:** Buen control de diabetes mellitus, evolucionan igual que el paciente no diabético, paciente con diabetes mellitus tiene mayor mortalidad que el no diabético, ya que no se presentó ninguna defunción en no diabético. Factores pronósticos realizar buen manejo de antibiótico, procedimiento quirúrgico temprano y control metabólico de glucemia. En este hospital se tiene mortalidad del 20%.

TC-315

TRATAMIENTO DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL POR DIVERTICULITIS

Rodríguez DL, Aguirre RR, Moreno RA. Hospital del Pacífico. Aca-pulco, Guerrero

Antecedentes: Diverticulitis complicada con fístula: Se produce entre colon sigmoideos y otros órganos (vejiga, vagina, etc.). Relativamente frecuente se produce por drenaje espontáneo de un absceso. Las manifestaciones dependen de la fístula. Antes de tratamiento quirúrgico debe confirmarse la causa de fístula con colonoscopia, descartando neoplasia sigmoidea, segunda causa de fístula después de la diverticulitis. **Caso:** Femenina 46 años, esposa, deportista, con enfermedad diverticular (8 años), antecedente 5 años histerectomía abdominal por miomatosis. PA: el 29/01/04 dolor en fosa iliaca izquierda, constipación, tratamiento conservador mejora sintomatología. 1 mes después, salida de gas y excremento por vagina. Clínicamente fístula recto-vaginal, colonoscopia con inyección de azul de metileno, evidenciamos divertículos en sigmoideos, no paso de colorante hacia vagina. Colon por enema tampoco demuestra fístula pero en placas de 24 hrs. el material de contraste observado en vagina; por esto decidimos tratamiento quirúrgico. Tratamiento el día 29/06/04 con preparación de colon, resección de sigmoideos a 10 cm

de reflexión peritoneal se disecciona hacia colon transversal seccionando el sigmoideos afectado por divertículos y se disecciona el recto seccionándose a 15 cm del margen anal, se identificaron ureteres, vasos iliacos. La sección del sigmoideos con engrapadora circular CEA calibre 27 introduciéndose por ano y anastomosis 2 cm por debajo de la sutura del recto, comprobamos calibre de anastomosis examinando anillos intestinales reseccionados por la engrapadora, se hace prueba de la llanta a anastomosis, comprobándose buen paso del aire por anastomosis sin fuga. Postoperatorio bueno, sin complicaciones. **Conclusiones:** Resuelto el problema de fístula y enfermedad diverticular.

TC-316

ENTRENADOR PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. DISEÑO DEL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETRÓLEOS MEXICANOS MÉXICO, D.F.

Palacios MR, Ruiz A, Vistraín RF, Mora JR, Calvillo T, Aguilar V, Espinosa A, Santillán J, Vázquez A. Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos, México, D.F.

Antecedentes: El dominio de las destrezas en cirugía laparoscópica hoy en día es necesario para el desarrollo del residente de cirugía y cirujanos principiantes en esta área, algunas instituciones cuentan con modelos distintos para este fin. **Objetivo:** Presentamos un modelo de entrenador para el ejercicio y dominio de las destrezas en cirugía laparoscópica básicas, del Hospital Central Norte de Pemex. **Material y métodos:** Realizamos un entrenador con material de madera, un foco de neon, base de madera para ejercicios básicos, sutura, nudos, anastomosis; cámara de video, trócares, pinzas laparoscópicas y televisor como monitor. **Resultados:** Los ejercicios de adiestramiento se pueden realizar fuera del quirófano, incluso en el domicilio del cirujano o residente observándose excelentes resultados en poco tiempo. **Discusión:** La práctica diaria en este simulador permite una rápida adquisición de destreza, mejorando técnica y tiempo de cirugía, fuera de un quirófano y con la disponibilidad del mismo en cualquier momento. **Conclusión:** Este modelo es adecuado para la práctica quirúrgica laparoscópica, con un costo aparentemente elevado, considerando que no se emplean torre de laparoscopia, lente, fuente de luz, cámara y demás elementos para práctica en quirófano, reducen significativamente el costo y con una fácil disponibilidad.

TC-317

CÁNCER DEL PISO DE LA BOCA. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Plazola CLG, Blanco S, Ramírez GOG, Malagón HHO. Departamento de Cirugía General, Oncología Quirúrgica y Cirugía Plástica y Reconstructiva. Centro Médico ISSEMYM. Metepec. Estado de México

Introducción: El carcinoma epidermoide (carcinoma células escamosas, oral, faríngeo), representa más del 90% de las neoplasias de los cánceres de cabeza y cuello. Se ha relacionado a tabaquismo, alcoholismo y malos hábitos higiénicos. Presentamos el manejo quirúrgico de dos pacientes con esta patología, en el piso de la boca. **Reporte de casos:** A) Femenina de 57, sin antecedentes de importancia, evolución de 6 meses con aumento de volumen mandibular izquierdo, hiperemia, parestesias y dolor, lesión ulcerada con sangrado, EF: Asimetría facial, aumento de volumen región parasinfisaria, y cuerpo mandibular, indurada, no delimitada, linfadenopatías negativas. TAC; compromiso óseo cortical externo izquierdo. Biopsia incisional con Carcinoma epidermoide bien diferenciado invasor. Se programa excisión amplia, con mandibulectomía segmentaria y disección radical de cuello con reconstrucción de pectoral. encontrándose tumor que infiltra mandíbula izquierda, con necrosis, ganglios positivos en cuello, niveles 2, 3 y 4, respetando estructuras vasculares y nerviosas. B) Masculino de 56 años, alérgico a penicilina, alcoholismo y tabaquismo positivos, evolución de 4 meses al presentar lesión de lengua lado izquierdo, odontalgia, dolor en hemicara izquierda ocasional, desde hace 3 meses, nódulo submaxilar. TAC; con afección a piso de boca con cuello positivo a metástasis ganglionares, mandíbula sin afección. Biopsia de lengua; carcinoma

epidermoide moderadamente diferenciado ulcerado. Se realiza glossectomía, resección de piso de boca, mandibulectomía marginal izquierda con reconstrucción de pectoral. **Conclusiones:** El cáncer de la cavidad oral es una neoplasia rara en general. La cirugía consiste en resección amplia, mandibulectomía segmentaria y disección de cuello, una parte importante del manejo quirúrgico es la reconstrucción para recuperar funcionalidad.

TC-319

CÁNCER DE VEJIGA: CISTECTOMÍA CON VEJIGA ILEAL: MODIFICACIÓN A LA TÉCNICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO
Hinojosa PA, Plata NP, Piza BR, Castillo LL, Mendoza MD, Torres VJM

Objetivo: Mejorar la calidad de vida en el paciente operado por cáncer. Evitar complicaciones postoperatorias. **Material y métodos:** Operamos un paciente masculino de 79 años de edad con cáncer de vejiga con invasión de la muscular sin metastásis. Se le realizó cistectomía y se le hace vejiga ileal: Modificaciones. Se le realizó una ileotransverso anastomosis en lugar de una entero-entero anastomosis. La ileostomía se hizo antiperistáltica en lugar de isoperistáltica. Se realizó ileotransverso anastomosis para evitar dehiscencia de la anastomosis ya que en la entero-entero anastomosis, tendríamos un aumento de la presión intraluminal por la cercanía de la válvula ileocecal. Se coloco el asa antiperistáltica para disminuir o evita el vaciamiento constante de la orina por la ileostomía. **Conclusiones:** El paciente tuvo evolución satisfactoria sin complicaciones y una mejor calidad de vida.

TC-320

LINFOMA PRIMARIO DE INTESTINO DELGADO. REPORTE DE UN CASO

Bolaños E, Mejía R, Urbina F, Vargas S. Hospital Ángeles del Pedregal, Servicio de Cirugía General. México, D.F

Antecedentes: Billroth describió el linfoma primario del tubo digestivo en 1871, representa el 1-4% de todos los tumores malignos del tracto gastrointestinal. El estomago es el órgano mas afectado, seguido por intestino delgado. **Objetivo:** Reportar un caso de linfoma primario de intestino delgado. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 22 años, sin antecedentes de importancia, inició 10 días previos a su ingreso con dolor abdominal tipo cólico, generalizado, intenso, acompañado de evacuaciones líquidas múltiples sin moco ni sangre; náusea y vómito de contenido gastroalimentario, postprandial inmediato, sin pérdida de peso ni fiebre. A la exploración con Talla: 1.8 m, Peso: 90 kg; se palpaba una masa dolorosa, de aproximadamente 8 cm, libre, irregular en fosa iliaca derecha, peristalsis ausente, No adenomegalias. Se realizó laparotomía exploradora encontrando 700 cc de líquido purulento y una masa indurada de aproximadamente 10 cm a nivel del íleon a 15 cm de la válvula ileocecal, engrosamiento de la pared del colon derecho, íleon, apéndice y mesenterio, así como ganglios mesentéricos e implantes hepáticos. **Resultados:** Se realizó resección intestinal de 30 cm de intestino delgado y hemicolon derecho, con íleo-transverso anastomosis término-terminal. El reporte histopatológico reportó linfoma no Hodgkin. El paciente falleció a los 20 días del diagnóstico por falla orgánica múltiple. **Discusión:** Los linfomas del tubo digestivo pueden ser primarios o secundarios, lo que definirá el pronóstico y el tratamiento, la mortalidad global a 5 años es del 40%. El tratamiento depende de la etapa clínica. **Conclusiones:** El linfoma primario de tubo digestivo habitualmente se manifiesta con obstrucción, sangrado o perforación. En etapas avanzadas la mortalidad es hasta del 80% a 5 años.

TC-321

COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA. UN CASO CLÍNICO
Ortiz NSG, Ruiz JI. Clínica Médicos Esp. San Andrés, San Andrés Tuxtla, Ver.

Introducción: La colecistitis xantogranulomatosa es una enfermedad inflamatoria de baja incidencia (0.7% al 1.2%), su interés principal radica en el diagnóstico diferencial con el cáncer de vesícula lo cual es extremadamente difícil aún en el transoperatorio en presencia de proceso inflamatorio severo, el engrosamiento irregular de la pared de la vesícula y la extensión del proceso con infiltración fibrosa a órganos adyacentes incluido obstrucción biliar y adenopatías la hacen indistinguible del cáncer de la vesícula. **Objetivo:** Presentación de un caso clínico que en el transoperatorio se consideró proceso maligno y el diagnóstico histopatológico fue colecistitis xantogranulomatosa. **Caso clínico:** O.M.C. edad 49 años. DM2 de 5 años de evolución. Obesidad Evolución de una semana con dolor abdominal en hipocondrio derecho, hipertermia, ictericia, DM2 descompensada. Por ultrasonografía se encuentra litiasis vesicular, con paredes de vesícula gruesas e irregulares con doble halo, líquido biliar impuro, vía biliar extrahepática de 11 mm. Laboratorio BHC normal QS con glicemia de 398 mg, Azoados normales, PFH con patrón obstructivo T. de P. 70%. Es sometida a exploración quirúrgica encontrando vesícula biliar engrosada de aspecto fibroso con paredes gruesas y adherencias de epiplón en el fondo, múltiples litos grandes facetados, picocolecisto. El Hartman y el Triángulo de Calot con mismo proceso lo que no permitía identificar el colédoco, por lo que se realizó colecistostomía con colocación de sonda y biopsia de pared vesicular. A un año del procedimiento la paciente asintomática. **Conclusión:** La colecistitis xantogranulomatosa es indistinguible macroscópicamente del cáncer de vesícula por lo que es condición indispensable el estudio histopatológico para el diagnóstico de certeza antes de efectuar procedimientos quirúrgicos radicales.

TC-322

NEOPLASIAS DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES: EXPERIENCIA EN EL INCMNSZ

Ortiz-López L, Medina-Franco H, Méndez-Cerezo A, López-Ordoñez MT, Olivares-Félix JA.

Introducción: Las neoplasias de las glándulas salivales son infrecuentes, representando tan solo el 2% de todos los tumores en humanos. La cirugía constituye la piedra angular del tratamiento en la gran mayoría de estos casos. **Objetivo:** Reportar la experiencia del INCMNSZ en lo que a neoplasias de glándulas salivales y su tratamiento se refiere. **Material y métodos:** Se revisaron retrospectivamente pacientes consecutivos con diagnóstico de neoplasias de las glándulas salivales en el INCMNSZ desde enero de 1984 hasta la fecha. Se analizaron variables demográficas, procedimiento quirúrgico realizado, diagnóstico histopatológico, complicaciones y evolución clínica de los pacientes. **Resultados:** Se incluyeron un total de 31 pacientes, de los cuales 16 fueron hombres (51%). La edad promedio al diagnóstico fue de 52 años (18 a 86 años). La localización más frecuente de los tumores fue la glándula parótida (87%, n=27). El 35% de los pacientes (n=11) presentó síntomas relacionados con la neoplasia, siendo el aumento de volumen la queja más común (45%). La enfermedad benigna predominó en el diagnóstico histopatológico: 84% de los pacientes fueron diagnosticados con neoplasias benignas, el adenoma pleomorfo fue el diagnóstico específico con mayor incidencia (51%). El 97% de los pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico, la parotidectomía superficial con preservación del nervio facial fue la cirugía más frecuentemente realizada (58%). El 16% de los pacientes requirió tratamiento adyuvante posterior a la cirugía. En el 40% de los pacientes se documentó algún grado de paresia transitoria del VII par. La tasa de fístulas salivales después de cirugía fue del 6.4%. **Conclusiones:** El tratamiento de las neoplasias de glándulas salivales requiere de intervención quirúrgica en la mayor parte de los casos. La epidemiología, opciones de tratamiento y complicaciones del mismo de las neoplasias de glándulas salivales en el INCMNSZ es similar a la reportada en la literatura.

TC-323

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DERECHA POSTRAUMA. UNA ENTIDAD CLÍNICA RARA

Gutiérrez OR, Parrado A, Hiromoto CM, Cárdenas-Martínez G, Rodríguez-Ortega MF, Delgadillo GS. Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana "Guillermo Barroso Corichi"

Antecedentes: La primera descripción de hernia diafragmática fue realizada por Sennertus en 1541; posteriormente en 1579, Paré reporta la primera postrauma y en 1886 Riolfi realiza la primera reparación quirúrgica. **Objetivo:** Reporte de un caso, con presencia de hernia diafragmática derecha y revisión de la literatura. **Caso reporte:** Paciente femenino de 58 años de edad, antecedente de accidente automovilístico tipo choque-volcadura, viajando de pasajero, sin cinturón de seguridad, sin pérdida del estado de alerta; ingresando a unidad de trauma-choque con TA 90/60, fc 110, fr 20, temp 36.0 grados, consciente, orientada, refiriendo dolor leve a nivel de epigastrio irradiado a hombro de lado derecho, cabeza y cuello sin datos patológicos, tórax presenta dermoescoriación a nivel de reborde costal lado derecho, hipoventilación basal lado derecho, disminución de ruidos cardíacos, abdomen dermoescoriación en epigastrio, rebote (-), extremidades con deformidad a nivel de húmero lado derecho y aumento de volumen a nivel de tibia tercio distal lado derecho. A su ingreso se da manejo de acuerdo a criterios de curso ATLS. Radiografía de tórax: elevación de hemidiafragma derecho, desviación de silueta cardíaca a la izquierda. Lavado peritoneal positivo a la aspiración, por lo que se decide su ingreso a quirófano y se diagnostica lesión hepática grado III en segmento VI y VII; lesión esplénica grado II y lesión diafragmática IV. Se realiza manejo de lesiones y se ingresa paciente a UCI, posteriormente a hospitalización y egreso de paciente. **Discusión:** La ruptura diafragmática ocurre en un 0.8 a 1.6% de los casos por contusión; y cerca del 7% de las veces no se diagnostica. Presentando una alta frecuencia en pacientes con antecedente de accidente automovilístico y siendo afectado el hemidiafragma izquierdo, actualmente se cuenta con varios métodos diagnósticos que orientan al cirujano de trauma a este tipo de lesiones además de contar con varios tipos de tratamiento. No está de más recordar que la morbi-mortalidad se aumenta por la presencia de lesiones asociadas, siendo las más comunes intraabdominales. **Conclusión:** El diagnóstico de este tipo de lesiones requiere de un alto índice de sospecha.

TC-324

MANEJO DE LA ENFERMEDAD DEL SENO PILONIDAL MEDIANTE COLGAJO TIPO LIMBERG

Abundez PAL, Lozada LJD, Contreras AA, Carreto, Arredondo FB, Merchant CY. Sanatorio Santa Mónica. Cuernavaca, Morelos

Antecedentes: La enfermedad del seno pilonidal es poco frecuente considerándose en relación a su etiología que se origina de un remanente del canal medular como factor responsable del desarrollo de esta anomalía, es incapacitante y recidivante cuando no se maneja en forma adecuada, su tratamiento debe ser estrictamente quirúrgico. **Objetivo:** Presentar la técnica quirúrgica del manejo de urgencia y electivo de la enfermedad del seno pilonidal mediante colgajo de Limberg. **Material y métodos:** Se presentan 12 casos de pacientes con rango de edad de 12 a 46 años y media de 22, 7 mujeres y 5 hombres, 8 manejados quirúrgicamente en forma electiva y 4 como urgencias por cuadro inflamatorio agudo. **Resultados:** Excelentes resultados cosméticos y funcionales en todos los pacientes con pronto reinicio de sus actividades normales y ninguna recidiva. **Conclusiones:** Consideramos que el colgajo de Limberg es una excelente técnica quirúrgica en pacientes con esta enfermedad.

TC-325

ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA DEL HÍGADO COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL

Galindo ML, Delgadillo TG, González RF, Velázquez GA, Serrano GI, Bevia PF, Santos NR, Bernáldez GG. Hospital de Especialidades CMN "La Raza" Tercer Nivel Departamento de Cirugía General

Objetivo: Informar un caso de oclusión intestinal por enfermedad poliquística del hígado. **Material y método:** Se trata de paciente femenino de 47 años de edad con antecedente de histerectomía por miomatosis uterina e hipertensión arterial. Padecimiento de 7 meses de evolución con tumor abdominal, dolor ocasional tipo sordo. En las últimas 72 hrs. con cuadro de oclusión intestinal sin mejoría al manejo médico. Exámenes de laboratorio dentro de parámetros normales. Placa simple de abdomen elevación de hemidiafragma derecho, presencia de niveles hidroaéreos, ausencia de gas en ampulla rectal. Tomografía abdominal reporta quiste hepático gigante de 28X15X15 cm abarcando casi todo el lóbulo derecho, en el izquierdo múltiples quistes pequeños. Ambos riñones con múltiples quistes. Se somete a laparotomía por cuadro de oclusión intestinal. Hallazgos quirúrgicos: quiste hepático gigante de 30X20X20 cm, con aproximadamente 5 lt de líquido citrino, además de otras lesiones más pequeñas de las mismas características que abarcan el lóbulo derecho. En el izquierdo se encontraron múltiples quistes pequeños. La vesícula biliar involucrada en todo el espesor del quiste gigante. El quiste comprimía la cara anterior de la curvatura mayor y menor del estómago. Se realizó drenaje y resección del quiste, colecistectomía, y finalmente la descompresión gástrica. **Conclusiones:** La enfermedad poliquística del hígado es una entidad rara, donde su manifestación como cuadro oclusivo es aún más raro. El manejo quirúrgico puede ser abierto (resección hepática, fenestración del quiste) o laparoscópico (drenaje).

TC-326

LEIOMIOSARCOMA DE YEYUNO MANIFIESTO POR SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO PERSISTENTE COMO PRIMER MANIFESTACIÓN CLÍNICA

González RF, Delgadillo TG, Velázquez GA, Bevia PF, Santos NR, Piscil SM. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza". Departamento de Cirugía General

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con leiomioma de yeyuno. **Caso clínico.** Femenino de 75 años con antecedente de DM e HAS de larga evolución, y que presenta 3 años de evolución con sangrado de tubo digestivo bajo, se somete a protocolo de estudio con Endoscopia y colonoscopia, sin evidenciar patología, Eritrocitos marcados que revelan sitio de sangrado pb. De yeyuno y TAC con hallazgos sugerentes de lesión tumoral dependiente de intestino delgado, se somete a cirugía programada encontrando tumor de aprox. 10 cm de diámetro blanquecino, irregular, indurado, pero móvil a 50 cm del ligamento de Treitz con resección a 10 cm hacia ambos lados y con anastomosis término-terminal. Evolucionó favorable, egresada al 5º. día por curación y mejoría clínica. Reporte de patología leiomioma del tercio medio, con límites de sección qx. libres de neoplasia. **Conclusiones:** El sangrado de tubo digestivo bajo es muy poco frecuente en estos casos como manifestación primaria, generalmente la sintomatología se presenta por obstrucción o diseminación del tumor. El diagnóstico requiere de alta sospecha y finalmente la evidencia del tumor lo confirma evidenciando las masas intramurales o lesiones ulceradas en las radiografías contrastadas; la enteroscopia de empuje o por sonda es una buena opción en casos más difíciles. El tratamiento consiste en la resección amplia.

TC-327

LEIOMIOMA ULCERADO SANGRANTE DE YEYUNO COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO Y SU DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

Delgadillo TG, González RF, Velázquez GA, Santos NR, Piscil SM, Bernaldez GG. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza". Departamento de Cirugía General

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con leiomioma ulcerado de yeyuno. **Presentación del caso:** Femenino de 64 años de edad que ingresa con Sangrado de tubo digestivo de 18 meses de evolución, protocolizada en medio particular en dos ocasiones, con

panendoscopia y colonoscopia sin identificar sitio de sangrado, y con hemotransfusiones múltiples por Anemia severa secundaria a hemorragia que cedió de manera espontánea. En esta ocasión 5 días previos a su ingreso hemorragia de tubo digestivo con repercusión hemodinámica y que amerita resuscitación con líquidos y paquetes globulares, nueva endoscopia, colonoscopia, ahora angiografía sin identificar sitio de sangrado. Se efectúa finalmente enteroscopia visualizando a 10 cm del ángulo de Treitz lesión ulcerada de yeyuno Forrest II-b, a la cual se le aplica terapia de adrenalina siendo esta satisfactoria, a las 24 hrs. presenta nuevo evento hemorrágico por lo que se somete a cirugía de urgencia encontrando Tumor extraluminal de yeyuno a 15 cm, del ángulo de treitz, blanquecino, coraliforme y que mide 6x5x4 cm., blando, móvil y con huellas de sangrado, se realiza Resección amplia y enteroenteroanastomosis término-terminal, es egresada 5 días posteriores por curación y mejoría clínica. Reporte histológico leiomioma ulcerado con degeneración hialina, límites quirúrgicos libres de tumor. **Conclusiones:** Los Tumores de Intestino Delgado son de difícil diagnóstico, requieren paraclínicos especializados y alta sospecha clínica, finalmente la cirugía con Resección en el caso de los Benignos como el Leiomioma es curativa, con una morbilidad menor al 5%.

TC-328

¿DIVERTÍCULO PERFORADO A LOS 27 AÑOS? REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Romero-Miranda JM, Villanueva-Saldívar KR, Vázquez-Avilez C, Guillén-Espinoza SR, Marín JA. Servicio de Cirugía General del HGZ No 32" Villa Coapa", México DF, IMSS, Departamento de Estudios de Postgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción: La enfermedad diverticular ha sido descrita desde el siglo XVII, junto con los avances del tiempo se ha descrito por diversos autores sobre sus complicaciones, su etiología y la patogénesis. Los primeros reportes de enfermedad diverticular de colon derecho son descritos en el siglo pasado, se sabe que dicha enfermedad es mas frecuente en países orientales que el los occidentales. **Objetivo:** Presentación de caso clínico de divertículo perforado en colon derecho en paciente masculino de 27 años. **Caso:** Masculino de 27 años de edad sin antecedentes de importancia con cuadro de 4 días de evolución caracterizado con dolor en epigastrio irradió y localizó en fosa iliaca derecha asociado a fiebre, sensación de ataque al estado general; en exploración física se encuentra paciente masculino despierto, orientado, cardiopulmonar sin alteración, abdomen plano, con resistencia muscular involuntaria, signos de Mc Burney, Psoas, Obturador, Rovsing y Von Blumberg positivo. Laboratorios con leucocitos de 11,000 cel/l, Hemoglobina de 15.8 g/dl, hematócrito de 44.9%, plaquetas de 167,000. Radiografías: placas simples de abdomen de pie y decúbito con asas de delgado distendidas a nivel de válvula ileocecal. Diagnóstico preoperatorio: apendicitis aguda. Durante la cirugía se encuentra diverticulitis cecal y proceso inflamatorio a nivel de ángulo hepático del colon ascendente, por lo que se realiza hemicolectomía derecha e íleo transversal anastomosis término-terminal, se da como diagnóstico PO divertículo perforado y sellado en colon ascendente. La pieza de patología reporta enfermedad diverticular de colon derecho, con diverticulitis aguda y peritonitis aguda. **Discusión:** La importancia de este caso clínico es que se presenta como una apendicitis aguda por lo que se le dio manejo quirúrgico y los hallazgos en el transoperatorio corresponden a los de enfermedad diverticular complicada de colon derecho. El manejo quirúrgico realizado correlaciona con el publicado en la literatura mundial para este padecimiento. Hacemos énfasis en la rareza del caso ya que en diversas series de las publicaciones mundiales donde se hacen revisiones durante periodos de 20 años se reportan de 10 a 15 casos en los más representativos. Este tipo de patología debe de ser considerada como uno de los diagnósticos diferenciales en el estudio del dolor abdominal en fosa iliaca derecha en pacientes jóvenes, siendo una patología rara en nuestro país.

TC-329

ONFALOCELE, MANEJO QUIRÚRGICO. REPORTE DE UN CASO

Badillo BA, Olivera VJL, Martínez CG, Delgado HC, Cruz RJM, Reyes SG, Nuñez TL, Segura RC, López AR. Hospital Juárez de México. Servicio de Cirugía General. Servicio de Cirugía Pediátrica. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

Antecedentes: Defecto de la pared abdominal anterior ocasionado por la ausencia del retorno visceral a la cavidad abdominal desde la cavidad celómica. El contenido se encuentra cubierto por un saco que consta de una capa externa de amnios y una interna de peritoneo. Su incidencia es baja: se presenta en 1 de cada 5,000 nacidos vivos. **Objetivo:** Describir el caso de un recién nacido con onfalocele su manejo quirúrgico. **Presentación del caso:** Masculino producto de la gesta I. Madre 27 años, control prenatal adecuado, embarazo normoevolutivo. Al sexto mes reporte de Ultrasonido con defecto de pared abdominal anterior compatible con Onfalocele. Es obtenido al término vía cesárea, con peso 3,200 gr, APGAR 8/9, Capurro 39 SDG. Se observa defecto de pared abdominal anterosuperior de aprox 5x3 cm, con el contenido abdominal cubierto por membrana (Amnios, Gelatina de Wharton y Peritoneo), cordón umbilical implantado en la porción inferior del defecto. **Resultados:** Manejado en la unidad tocoquirúrgica con colocación de bolsa estéril y vendaje. Posteriormente es llevado al quirófano en donde se realiza cierre diferido con malla. Pasa a la UCIN en donde se realiza plicatura diaria de la malla en función del estado hemodinámico y respiratorio del paciente. Al quinto día es llevado nuevamente al quirófano logrando introducir el contenido abdominal y cerrando piel. La evolución postoperatoria es satisfactoria. **Conclusión:** Esta patología es poco frecuente en nuestro medio y requiere tratamiento quirúrgico de urgencia. La técnica utilizada es segura, eficaz y accesible.

TC-330

CISTOADENOMA SEROSO DE OVARIO COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Badillo BA, Osnaya IC, Martínez CG, Zanata MJA, Meza SJC, Cruz RJM, Reyes SG, Cruz VBN. Hospital Juárez de México. Servicio de Cirugía General. Servicio de Anatomía Patológica

Antecedentes: Los cistoadenomas serosos ováricos son tumores epiteliales, considerado como una neoplasia que surge del mesotelio del ovario y se incluye en la corteza. Constituyen el 20-50% de todos los tumores ováricos. El 70% de todos los tumores serosos son benignos. Son más comunes en la quinta década de la vida. La mayoría de los tumores ováricos son asintomáticos. La asociación entre cistoadenoma seroso de ovario y oclusión intestinal es sumamente rara. **Objetivo:** Describir un caso de cistoadenoma seroso de ovario, como único factor causante de oclusión intestinal, en una paciente sometida a Laparotomía. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 28 años de edad, sin antecedentes quirúrgicos previos, Menarca 16 años, ritmo 30x3, IVSA 18 años, 3 PS, G0. La cual inicia su padecimiento actual aproximadamente 10 días previos a su ingreso, caracterizado por dolor abdominal generalizado, incapacitante, distensión abdominal e incapacidad para canalizar gases y evacuar. Placa de abdomen con niveles hidroaéreos, distensión de asas e imagen radioopaca en cuadrante inferior derecho. Laboratorios con leucocitosis y neutrofilia. **Resultados:** Se realiza LAPE encontrando 1,000 cc de liquido xantocrómico, numerosas adherencias asa-asa y asa-pared. Se encuentra tumor a expensas de ovario derecho de aprox 6x5 cm, superficie lisa, amarillo, renitente. Se realiza salpingooforectomía. La evolución postoperatoria es satisfactoria hacia la mejoría. El reporte de patología reporta cistoadenoma seroso. **Conclusión:** El cistoadenoma de ovario es un tumor de presentación frecuente, sin embargo no lo es como factor desencadenante de oclusión intestinal. En pacientes sin antecedentes quirúrgicos dicha asociación puede ser de ayuda diagnóstica.

TC-331

PREVENCIÓN DE HERNIA POSTINCISIONAL UTILIZANDO UN COLGAJO DE PERITONEO

Mucha MRA, Castilla VA. Hospital de Especialidades No. 71 IMSS Torreón, Coah.

Antecedentes: La hernia postincisional se presenta hasta en un 10% de las laparotomías. La predisponen la obesidad, enfermedad pulmonar, infección de herida, sepsis, desnutrición, anemia y uso de corticoides. Las técnicas utilizadas para el abordaje y el cierre constituyen un factor predominante. **Objetivo del estudio:** Estudio prospectivo de 5 años para evaluar un método que minimice la posibilidad de hernia postincisional. **Material y método:** 250 pacientes fueron sometidos a cirugía electiva sin cirugía abdominal previa de 1999 al 2004. Se ingresó por línea media hasta llegar al peritoneo, diseccionando de la aponeurosis posterior hacia el lado derecho o izquierdo según la intervención por espacio de 5 cm antes incidirlo en el extremo pegado a la aponeurosis disecada. El cierre se realizó con surgete continuo. **Resultados:** 83 pacientes excluidos por falta de seguimiento. 167 tuvieron seguimiento de 6 meses a 5 años. Edades de 16 a 82 años, 90 femeninos. 21% con agravantes tales como uso de corticoides o enfermedad pulmonar. 22 esplenectomías, 18 colecistectomías, 4 quistes hepáticos, 7 quistes de colédoco, 31 funduplicaturas, 18 esofagotomías, 11 pancreatoduodenectomías, 5 antrectomías, 8 gastrectomías, 2 carcinoides, 6 diagnósticas, 29 gastrostomías y 6 pseudoquistes. No se han presentado hernias postincisionales. 11 pacientes fallecieron por cáncer. **Discusión:** La línea media constituye una línea natural y provee un acceso adecuado a una gran variedad de cirugías. Interponer peritoneo sano elimina una línea continua de lesión, impidiendo que las vísceras actúen como punta de lanza. **Conclusiones:** La laparotomía sigue teniendo un lugar importante. El uso de un colgajo de peritoneo ayuda a prevenir la hernia postincisional.

TC-332

ABSCESO GLÚTEO SECUNDARIO A COCCIDIODOMICOSIS: PRESENTACIÓN DE CASO

Ramírez J, Pliego C, Palacio F. Hospital Regional "General I. Zaragoza" ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: Coccidiodomicosis es un padecimiento endémico del oeste del mundo, con incidencia de 100,000 infecciones al año en Estados Unidos, siendo poco frecuente en México. Patología de afección sistémica con riesgo en pacientes con inmunosupresión. **Objetivo:** Presentación de paciente sin factores de riesgo con lesión en piel y tejido celular subcutáneo como causa de absceso por coccidiodomicosis primaria cutánea. **Presentación:** Masculino de 34 años sin antecedentes. Refiriendo padecimiento de 6 años, con lesión eritematosa y purulenta en región glútea izquierda, relacionada con traumatismo cortante en un baño de Michoacán, inicialmente de 2 cm manejada con múltiples fármacos sin respuesta, evolucionando hasta afectar todo glúteo izquierdo y porción superior de muslo. Exploración: dermatosis de región glútea y tercio superior de muslo posterior, constituida por plastrón duro abarcando la región, en su interior presenta lesiones nodulares diseminadas de 0.5-1 cm de diámetro con orificio central que drena material amarillento. Citometría hemática con leucocitosis, VIH negativo, tórax normal. Biopsia y cultivo positivo para *Coccidioides immitis*, iniciando fluconazol y factor de transferencia, con adecuada evolución. **Discusión y conclusiones:** La coccidiodomicosis es una patología de zona endémica del noroeste del país, reportándose en la literatura mundial sólo 20 casos de afección cutánea única, sumándose a la cuenta nuestro paciente, al no identificar otro sitio de afección y con integridad de la inmunidad, donde probablemente se encuentra con respuesta inmunológica orientada hacia el perfil TH2.

TC-333

MASCULINO DE 43 AÑOS DE EDAD CON ABSCESO ESPLÉNICO

Boudegard G, Arias VJD, Ordóñez MAJ. Hospital Regional General "Dr. Juan Graham Casaus"

Masculino de 43 años de edad. **Antecedentes hereditarios:** negados. **Antecedentes personales patológicos:** Diabetes mellitus tipo II

de 6 años de evolución manejado con glibenclamida, Hiperuricemia de 4 años de evolución manejado con alopurinol, colchicina asociado a complicaciones cutáneas (tofos e infección), Insuficiencia renal crónica secundaria a neuropatía diabética, parálisis facial secundaria a caída de su propia altura, cirugías negadas, niega transfusiones, niega fracturas. Hospitalizaciones previas secundarias a descontrol metabólico y secundario a cuadro cólico renoureteral. **Padecimiento actual:** Paciente cursa con dolor a nivel de hipocondrio izquierdo de gran intensidad que ha ido incrementando paulatinamente se irradia hacia flanco izquierdo constante sin precipitantes identificados asociado a malestar general, náuseas sin llegar al vómito, fiebre no cuantificada intermitente, hiporexia, pérdida de peso de aproximadamente 4 meses de evolución además de diaforesis profusa, debilidad generalizada, piel fría por lo que se ingresa a esta unidad hospitalaria donde se ingresa para su protocolo de estudio cursando con hiperglicemia y el hallazgo ultrasonográfico que reporta absceso esplénico por lo que es valorado por el servicio de Cirugía General e ingresado para manejo quirúrgico. En el examen físico consciente, orientado con palidez generalizada de tegumentos. Abdomen blando depresible doloroso a la palpación media de hipocondrio izquierdo peristalsis presente sin megalias Giordano ++. Extremidades con deformidad articular secundaria a tofos gotosos. Laboratorios: Hemoglobina 8.5. Hto 26.3, Leucocitos 17.6, GIUC 750 mg/dl, BUN 32, Creatinina 1.4, Urea 68. USG reporta bazo con absceso y gas en su interior. Riñón izquierdo con cambios de nefropatía. TAC Absceso esplénico pb trombosis esplénica. Hipotrofia renal izquierda pb pielonefritis crónica. Laparotomía exploradora para liberación de adherencias/drenaje de absceso más esplenectomía. Reporte de patología numerosos abscesos de bazo. Fibroplasia de cápsula esplénica. No parásitos, no neoplasia maligna.

TC-337

QUISTE GIGANTE HEPÁTICO, REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Miranda FP, Girón MJ, Esteves CI, Martínez RR, Ramírez RCF, Reyes RVA. Hospital Juárez de México

Antecedentes: Los quistes no parasitarios se presentan con una frecuencia de 0.15% en necropsias, encontrándose como hallazgo topográfico en el 1%, siendo más común en el sexo femenino, de la cuarta a sexta década de la vida. **Objetivo:** Reporte de un caso de quiste hepático y revisión de literatura. **Informe del caso:** Femenino de 23 años de edad que inicia su padecimiento el 4 de junio del 2003 con tinte icterico generalizado, coluria pero no acolia, por lo que acude con médico particular el cual diagnostica hepatitis "A" dando tratamiento médico sin presentar mejoría, posteriormente comienza con dolor abdominal en hipocondrio derecho de tipo punzante sin irradiaciones, así como aumento de volumen en el mismo cuadrante por lo que acude nuevamente con médico tratante quien le solicita tomografía computada, la cual reporta quiste hepático, refiriéndola a nuestro servicio. A su ingreso presenta tinte icterico generalizado, ictericia, Murphy presente, sin irritación peritoneal, hepatomegalia 16, 14, 14 CM. Peristaltismo aumentado. Laboratorio: Leucocitos: 12,000, Neutrófilos 80.7% BT 7, BD 4 Creatinina 1, Urea: 25. RX Abdomen: Con elevación del hemidiafragma derecho. Ultrasonido con masa quística de 900 cc: No se visualiza vesícula biliar, sin dilatación de vía biliar intra ni extrahepática. TAC: con lesión quística de predominio en lóbulo hepático derecho. **Resultados:** Postoperatorio satisfactorio. Resolución de quiste hepático por destechamiento. **Conclusiones:** El diagnóstico de quiste hepático es clínico, y por imagenología, ya sea por USG o TAC, el tratamiento quirúrgico es muy variado, aunque existe mucha controversia sobre el tratamiento. Existen algunos quistes que se relacionan con aumento de las bilirrubinas ya sea por comunicación directa con la vía biliar, o compresión de la vía biliar extrahepática por el propio quiste. En este caso la compresión de la vía biliar fue la causa del aumento de bilirrubinas ya que por CPE no existió relación con el quiste.

TC-338

PERFORACIÓN DUODENAL 3ª PORCIÓN CARA POSTERIOR, REPORTE DE UN CASO HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Miranda FP, Girón MJ, Peláez, Ramírez RCF, Martínez RR, Estévez CI, Ricardo AMH. Hospital Juárez de México

Antecedentes: En el 3 al 15% de los traumatismos de abdomen se aprecian lesiones que afectan al duodeno y al páncreas; se han establecido distintas clasificaciones de las lesiones, la más usada es la clasificación de Moore, encontrando 4 categorías, la primera correspondiendo a lesiones aisladas, siendo la de este paciente una categoría 1 con una lesión mayor de duodeno, las consecuencias fisiopatológicas de las lesiones mayores son temibles, que comprometen incluso la vida. **Objetivo:** Reporte de un caso de perforación duodenal 3ª porción cara posterior, manejo quirúrgico y revisión de la literatura. **Informe de caso:** Paciente femenino de 27 años de edad, sin antecedentes de importancia para su PA el cual inicia 16 hrs previas a su ingreso, al ir manejando a una velocidad constante aprox. de 60 km/h con cinturón de seguridad puesto, sufre accidente automovilístico recibiendo impacto frontal contra otro vehículo estacionado al quedarse sin frenos; ocasionándole trauma contuso en región toracoabdominal con volante, por mecanismo de desaceleración, lo cual le ocasionó dolor en hemitórax izquierdo así como en epigastrio, de intensidad severa, punzante, sin irradiaciones, sin factores que lo exacerbaran o lo disminuyeran, lo cual la motivó a acudir a Hospital de Traumatología y Ortopedia de Magdalena de las Salinas, IMSS. Niega haber perdido el estado de despierto así como tampoco presentó dificultad respiratoria. A su ingreso, la paciente se encontraba despierta, con persistencia del dolor, sin cambios en su evolución, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con datos dudosos de irritación peritoneal, pero con inestabilidad hemodinámica progresiva, por lo que se decide su intervención quirúrgica de urgencia; se encuentra perforación en duodeno 3ª porción cara posterior. Se realizó exclusión pilórica técnica de Jordan, cierre de piloro, gastro-yeyunoanastomosis en Y de Roux retrocólica a 60 cm de asa fija, con cierre primario en 2 planos de perforación duodenal, con yeyunostomía. Durante el postoperatorio, se maneja con NPT junto con alimentación enteral por yeyunostomía, y con triple esquema de antibiótico e inhibidores de bomba de protones. **Resultados:** En su evolución presentó fístula duodenal de bajo gasto la cual se resolvió espontáneamente; toleró vía oral, se retiró sonda de yeyunostomía y presentó evolución satisfactoria con tendencia a la mejoría por lo que se dio de alta. **Conclusiones:** Todo impacto traumático abdominal obliga a buscar sistemáticamente una lesión del bloque duodeno pancreático sobre todo si la lesión se localiza en la región supra y periumbilical. Clínicamente fácil cuando hay una ruptura intraperitoneal de duodeno, no así en las lesiones posteriores, éstas siendo de gran dificultad diagnóstica, lo cual fue visto en este paciente, teniendo un cuadro de irritación peritoneal no franco, encontrando lesión al hacer exploración en la celda duodenopancreático, dado la cinemática del trauma.

TC-339

VÓLVULO EN EL CIEGO, REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Miranda FP, Girón MJ, Esteves CI, Martínez RR, Ramírez RCF, Zanatta MJ, Reyes RVA. Hospital Juárez de México

Antecedentes: Los vólvulos originan menos del 10% de obstrucciones intestinales, siendo los sitios más comunes el sigmoide, ciego y colon transversal, el vólvulo de ciego representa menos del 20% de los vólvulos de colon. Debido a la fijación anormal del colon derecho al retroperitoneo que origina que el colon se mueva libremente. **Objetivo:** Reporte de un caso de vólvulos de ciego y revisión de literatura. **Informe del caso:** Femenino de 44 años de edad que inicia su padecimiento el 1 de julio del 2004, con dolor abdominal de inicio súbito en región lumbar derecha, el cual posteriormente se irradia al abdomen, convirtiéndose en generalizado, así como náusea y vómito en 6 ocasiones de contenido intestinal por lo que acude con médico particular quien prescribe múltiples analgésicos, con remisión parcial de la sintomatología, el día 5 de julio del presente año se exacerba la sintomatología, acompañado de dificultad para evacuar y canalizar gases, además refiere periodos de constipación y evacuaciones disminuidas

de consistencia, con presencia de sangre y moco, con fiebre no cuantificada. Clínicamente con deshidratación, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, así como por asas de intestino grueso dilatadas de predominio en hipocondrio izquierdo, peristaltismo audible y disminuido, sin datos irritación peritoneal. laboratorio: Leucocitos: 12800, neutrófilos 90.5% electrolitos NA: 135, K:3.2, CA: 8, BT:0.9 BD: 0.2 Creatinina: 0.6 Urea: 15. RX de tórax con aire subdiafragmático. RX de abdomen: con dilatación de colon derecho, sin aire en ampulla rectal y colon descendente. Así como niveles hidroaéreos. ultrasonido: no valorable por gas. **Resultados:** Postoperatorio satisfactorio. Resolución de cuadro obstructivo. **Conclusiones:** El síntoma más común de vólvulo cecal es el dolor abdominal, también se observa náuseas y vómitos, obstipación y diarrea, clínicamente el paciente parece tener una obstrucción de intestino delgado y muchos proporcionan un antecedente de síntomas intermitentes crónicos. Las placas simples de abdomen pueden establecer el diagnóstico, observando una estructura en forma de riñón llena con aire en el cuadrante superior izquierdo y la convexidad del asa se dirige hacia el mismo. El enema con contraste hidrosoluble esta contraindicado en caso de sospecha de perforación intestinal. El tratamiento con resección e ileostomía y fístula de la mucosa está indicada en caso de gangrena intestinal el cual se realizó en este paciente.

TC-340

PROCEDIMIENTO DE WHIPPLE EN TUMOR GIGANTE

Delgadillo TG, Velázquez GA, González RF, Galindo ML, Serrano GI, Bevia PF, Piscil SM, Santos NR. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza" Departamento de Cirugía General

Objetivo: Femenina de 65 años de edad con tumor gigante abdominal que requirió de procedimiento de Whipple para resección. **Caso clínico:** Padecimiento actual de 5 meses con la presencia de dolor tipo cólico a nivel de epigastrio, se agrega posteriormente estado nauseoso y plenitud postprandial, vómito, astenia y adinamia, además refiere pérdida de peso de 12 kilos en los últimos 6 meses por lo que se canaliza a nuestro servicio. Exploración física paciente con obesidad G II, en cuadrantes superiores tumoración de 25 x 23 cm de bordes regulares, fija a planos profundos, Ultrasonografía y TAC con lesión sólida que involucra cabeza de páncreas y duodeno. Laboratorialmente presencia de anemia y sangrado de tubo digestivo alto que requirió de transfusión de 4 paquetes globulares y nutrición parenteral total por 15 días. Se somete a laparotomía exploradora con hallazgos de tumoración de 30 x 27 x 25 de bordes regulares, áreas de necrosis, fija a planos profundos que abarca cabeza de páncreas, duodeno en su primera, segunda y tercera porción, estómago en parte de antro, se encuentra íntimamente relacionado con colon transversal, hígado, vena mesentérica y esplénica, porta y aorta. Se realiza resección pancreatoduodenectomía y reconstrucción, evoluciona favorablemente hasta la fecha después de 9 meses de la intervención. **Conclusiones:** Realizar procedimiento de Whipple en tumores gigantes es raro ya que por lo regular, está circunscrito a cáncer de páncreas en estadios iniciales y resecables. El tumor estromal es raro y a pesar del gran tamaño del mismo permitió una buena evolución y mejor pronóstico una vez resecado el tumor.

TC-341

TUBERCULOSIS RETROPERITONEAL MANIFESTADA COMO CA. DE CABEZA DE PÁNCREAS

Díaz TO, De la Peña PC, García LJ, Aguirre RR, Jaimes DF. Hospital General de Acapulco

La tuberculosis es una enfermedad que afecta principalmente a países en vías de desarrollo, se ha determinado una incidencia de afectación abdominal en el 17% siendo más frecuente en el área ileocecal, hígado y bazo; el páncreas raramente es afectado (4.7%), sólo se han documentado en la literatura 73 casos. Las manifestaciones clínicas representan un problema diagnóstico especialmente con Ca. De cabeza de páncreas condicionando en la mayoría de los casos manejo quirúrgico por laparotomía. **Caso clínico:** Femenino de 15 años sin antecedentes de importancia para su padecimiento,

iniciado 3 meses previos a su ingreso con fiebre, dolor cólico en HD, vómitos, pérdida ponderal 8 kg, ictericia, acolia y coluria. USG reportó lesión hipoecoica en cabeza de páncreas. TAC lesión tumoral hipodensa de 5 cm en relación a neoplasia primaria de cabeza pancreática. RX de tórax normal. Ingresó con anemia NN de 10.5, leucocitos 10.0, bandas 8%, QS normal, TP 11%, TPT 127 seg., BT 12.8, BD 7.0, albúmina 1.9, FA 1548, DHL 389, Amilasa 58 UI/L, CA-19-9 49.7 U/ml, Alfafetoproteína y ACE normales, VIH no reactivo. Se determinó manejo quirúrgico por laparotomía con ETO, reportándose lesión granulomatosa compatible con TB, se manejó con isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, la evolución actual es satisfactoria. Concluimos que la TB retroperitoneal con afectación a páncreas sigue siendo un reto Dx. En donde la principal herramienta es la sospecha clínica de la enfermedad.

TC-342

CUERPOS EXTRAÑOS EN RECTO

Díaz-Carrión JC, Guerra-Melgar DA, Zambrano-Gordo JA. Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Antecedentes: La presencia de cuerpos extraños en recto implica además, patología de tipo psico-social. Es más frecuente en pacientes de edad avanzada del sexo masculino. Hay una gran variedad de objetos que pueden encontrarse, que a veces ni la imaginación misma puede abarcar. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con cuerpo extraño en recto, que migra hacia ángulo esplénico, cuyo tratamiento fue laparotomía exploradora sin necesidad de abrir colon. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 70 años de edad quien no canaliza gases ni evacua, secundario a introducción de cuerpo extraño en recto. Al tacto rectal no se logra palpar, se evidencia radiológicamente en ángulo esplénico. **Resultados:** Se realizan maniobras externas sin lograr la extracción, se decide realizar laparotomía exploradora para obtener el objeto. No fue necesario abrir colon, ya que únicamente por taxis se logra la extracción del cuerpo extraño. En nuestra experiencia hemos obtenido múltiples objetos en diversos pacientes, los cuales provienen primordialmente de medio socioeconómico bajo. Es más frecuente en hombres mayores de 70 años y pacientes internos de reclusorios, los objetos son muy variados, sin embargo predominan aquéllos con bordes romos que simulan un pene; incluso utilizando preservativo. **Conclusiones:** Habitualmente la extracción de los cuerpos extraños se realiza manualmente con o sin sedación del paciente y en algunos casos es necesario intervenir quirúrgicamente por vía abdominal.

TC-343

PROLAPSO RECTAL IRREDUCTIBLE

Guerra-Melgar DA, Inda-Toledo A, Zambrano-Gordo JA. Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Antecedentes: El prolapso rectal manifiesta una disfunción pélvica progresiva que conlleva a incontinencia anal de diversos grados. Esta patología predomina en mujeres y primordialmente en personas mayores de 70 años. Existen múltiples factores predisponentes, dos de las principales causas incluyen piso pélvico débil y recto móvil. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con prolapso rectal irreductible. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 75 años de edad, campesino, con el antecedente de estreñimiento crónico de larga evolución con presencia de prolapso rectal recidivante que reduce espontáneamente con maniobras manuales. Inicia su padecimiento 72 horas previas a su ingreso con prolapso rectal el cual no reduce, provocando incapacidad para evacuar y para canalizar gases, además de dolor perianal. A la exploración física se encuentra mucosa prolapsada, además de la pared completa del recto. La mucosa se encuentra edematizada, hiperémica, dolorosa y no reductible. **Resultados:** Se pone en las mejores condiciones y se programa para realizar rectosigmoidectomía perineal con levatoroplastia o procedimiento de Altmeier. El paciente evoluciona favorablemente y es

dado de alta para manejo por la consulta externa. **Conclusiones:** El tratamiento del prolapso rectal irreductible, es quirúrgico y para ello existe una gran variedad de procedimientos; abdominales y perineales. La decisión quirúrgica dependerá del entrenamiento del cirujano y sobre todo de la etiología del padecimiento.

TC-344

ENDOMETRIOMA PERIANAL

Guerra-Melgar DA, Inda-Toledo A, Zambrano-Gordo JA. Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Antecedentes: La endometriosis es la presencia de endometrio funcional fuera de la cavidad uterina. El tejido ectópico endometrial responde a estímulos hormonales, siguiendo los cambios proliferativos durante el ciclo menstrual. Los sitios que se ven afectados con mayor frecuencia son los ovarios, fondos de saco, ligamentos redondos, tubas uterinas, intestino delgado, sigmoides y recto entre otros. **Objetivo:** Presentar el caso de una mujer con endometrioma perianal. **Presentación del caso:** Femenino de 35 años de edad con el antecedente de parto aparentemente eutócico con episiotomía, dos años previos. Inicia su padecimiento con dolor y sensación de cuerpo extraño en región perianal, el cual se intensifica coincidiendo con su periodo menstrual, así mismo aumentando de tamaño y con sangrado en dicha zona. A la exploración física se observa lesión inducida, ligeramente dolorosa a la palpación, sin cambios en la temperatura y con huellas de sangrado. **Resultados:** Se cita a la consulta externa durante su periodo menstrual para corroborar nuestro posible diagnóstico y encontrar correlación. Se corrobora endometrioma perianal y se programa para disección selectiva de la lesión. Se logra excéresis completa del endometrioma, respetando las fibras del esfínter. El reporte histopatológico confirma tejido ectópico endometrial. **Conclusiones:** De preferencia se recomienda la resección de los focos endometriósicos cuando sea posible. En ocasiones en que no se pueda realizar una resección completa el tratamiento hormonal con estrógenos puede ser útil para yugular la sintomatología.

TC-345

ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFORADO

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

Antecedentes: El divertículo de Meckel es de los clasificados como verdadero y es secundario a la persistencia del conducto onfalomesentérico que comunica al saco amniótico con el intestino primitivo medio. Se pueden manifestar complicaciones como hemorragia de tubo digestivo, obstrucción intestinal o perforación, entre otros. **Objetivo:** Presentar el caso de una mujer con abdomen agudo secundario a divertículo de Meckel perforado. **Presentación del caso:** Femenino de 38 años de edad quien acude por dolor abdominal intenso de aparición súbita, generalizado, así como ausencia de evacuaciones y no canalizar gases. A la exploración física se encuentra con distensión abdominal, dolor importante, timpanismo generalizado, irritación peritoneal y ausencia de ruidos peristálticos. **Resultados:** Se realiza laparotomía exploradora de urgencia, se encuentra material intestinal libre en cavidad y divertículo de Meckel perforado a 50 cm de la válvula ileocecal. Se realiza resección intestinal y entero-entero anastomosis término-terminal en dos planos. La paciente evoluciona satisfactoriamente. **Conclusiones:** El tratamiento es quirúrgico cuando el divertículo de Meckel presenta alguna complicación, se describen resección en cuña y resección intestinal.

TC-346

TUMOR DE KRUKENBERG

García-Trujillo UH, Zambrano-Gordo JA, Guerra-Melgar DA, Inda-Toledo A. Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa", Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

Antecedentes: La primera descripción fue realizada por Friedrich E. Krukenberg en 1895. Se trata de una patología maligna metastásica a ovario con primario del tracto gastrointestinal, a saber; estómago, colon, vesícula biliar, conductos biliares, apéndice cecal, páncreas. Aparecen a cualquier edad con predominio entre los 30 y 40 años, son de crecimiento rápido y el proceso degenerativo es con frecuencia bilateral y se acompaña de ascitis. Se puede propagar por contigüidad, sanguínea, linfática y transperitoneal. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con tumor de Krukenberg. **Presentación del caso:** Femenino de 44 años de edad quien inicia su padecimiento 5 meses previos con dolor tipo cólico irradiado a mesogastrio e hipogastrio, así como náuseas, vómitos y plenitud posprandial. Evacuaciones disminuidas de consistencia, heces acintadas, melena y en ocasiones hematoquezia, además de notar tumoración de crecimiento lento en hipogastrio. A la exploración física el abdomen es plano, blando, depresible con la presencia de masa tumoral bilobulada en hipogastrio de 12 x 10 cm aproximadamente cada una, sólida de bordes regulares, móvil, no adherida a planos profundos con discreto dolor a la movilización, peristalsis. Tacto rectal normal. Colonoscopia reporta compresión extrínseca, tomografía evidencia líquido libre peritoneal y dos tumoraciones en hueco pélvico probablemente dependientes de ovario. **Resultados:** Se realiza laparotomía exploradora y ooforectomía bilateral. Se encuentra líquido de ascitis 2000 cc citrino claro, ambos ovarios de 9 x 5 x 3 cm diámetro de consistencia renitente. Izquierdo con quiste de 4 x 3 x 3 de superficie lisa, color café claro con nodulaciones. Recto indurado, estómago con linitis plástica cara anterior y tumoración de 4 cm en curvatura menor, implantes peritoneales múltiples. El reporte histopatológico confirma tumor de Krukenberg con primario probable de estómago. **Conclusiones:** En el 2% de las mujeres con Ca gástrico desarrollan un Krukenberg. El tumor antecede el descubrimiento del primario arriba del 20% de los casos. El diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha. Al momento del diagnóstico la enfermedad es avanzada con pocas posibilidades de curación.

TC-347

TRICOBEOZAR CON SÍNDROME DE RAPUNZEL. REPORTE DE UN CASO

Suárez FD, Mayagoitia GJC, Arredondo HG. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional León IMSS. UMAE No. 1 Bajío

Introducción: El término BEOZAR se refiere a material solidificado ya sea orgánico o no, el cual permanece dentro del tracto digestivo. La mayoría están compuestos de materia vegetal o cabello. Las complicaciones más comunes incluyen obstrucción, hemorragias y perforación. El síndrome de Rapunzel, ocurre cuando el tricobozar gástrico se extiende más allá del píloro en el intestino, a manera de una cola. Reportado por vez primera por Vaughan en 1968; desde entonces sólo se han reportado en la literatura quirúrgica, 13 casos. Usualmente presentan náusea, vómito, dolor abdominal vago, masa abdominal, pérdida de peso, anemia, ictericia, pancreatitis o datos de obstrucción intestinal. El tratamiento se decide en base al tamaño del bezoar, si se trata ya fuere por endoscopia con disolución, succión, lavado o incluso fragmentación, la intervención quirúrgica es la indicación absoluta. **Caso clínico:** Niña de 5 años de edad con hiporexia, intolerancia a alimentos sólidos y líquidos, vómito gástrico postprandial inmediato, pérdida de peso de 3 kg en 2 semanas. Dolor abdominal epigástrico, que se exacerbaba con la ingesta de alimentos. Con antecedente de ingestión de cabello desde el primer año. Dolor a la palpación media y profunda de epigastrio, masa abdominal, móvil, no adherida a planos profundos. De aproximadamente 10x15 cm. Una placa simple demostró imagen radiolúcida en epigastrio, serie esófago gástrico con defecto de llenado en cámara gástrica. Se intentó extraer el bezoar a través de una endoscopia sin lograrlo, efectuándole una gastrotomía con extracción del bezoar, apreciando la presencia de síndrome de Rapunzel con aproximadamente 60 cm de cola, ocupando yeyuno proximal con un peso en total de 260 gr. Evolución postoperatoria satisfactoria.

TC-348

VESÍCULA BILIAR ABERRANTE. REPORTE DE UN CASO

Rocha AM, Gómez HF, Ambríz GG, Ulloa RFF, Méndez SCH, Muñoz MN. Hospital Civil "Juan I. Menchaca". Guadalajara, Jalisco

Introducción: El primer caso de vesícula biliar situado en el lado izquierdo fue en 1886 y desde entonces se han reportado 105 casos es una anomalía rara pero con importancia clínica. **Caso clínico:** Paciente masculino de 35 años con cuadro de 7 meses con dolor en hipocondrio derecho, vómito biliar, negando ictericia y acolia, pero refiriendo coluria en una ocasión. Exploración física: anictérico, con dolor leve a moderado en hipocondrio derecho, laboratorio leucocitos 7560, BT 1.2, BD 0.4, ALP 114, GGT 791, ultrasonido litiasis vesicular sin mencionar situación aberrante. **Hallazgos quirúrgicos:** Vesícula biliar del lado izquierdo del ligamento redondo, inflamada e intrahepática; el conducto cístico con inserción normal, y diámetro normal; arteria cística con localización anterior a conducto cístico; múltiples adherencias de bolsa de Hartman a duodeno; usando 4 puertos el segundo se cambia dirigiéndolo a hemiabdomen izquierdo, se realiza colecistectomía y se extrae por segundo puerto sin complicaciones. **Conclusiones:** La vesícula biliar aberrante puede simular un patrón biliar obstructivo. Con la colocación del primer trócar se puede planear la localización subsecuente de los demás trócares para un abordaje apropiado de vesícula biliar aberrante o cualquier otro procedimiento laparoscópico.

TC-349

RESECCIÓN POR VÍA LAPAROSCÓPICA DE QUISTE SIMPLE DEL EMBARAZO

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

Antecedentes: La frecuencia de masas anexiales durante el embarazo es de 0.15%, la mayoría son quísticas, pequeñas sin riesgo para el embarazo. El tratamiento quirúrgico está indicado en masas persistentes que por sus características presentan riesgo de torsión o malignidad. La resección laparoscópica es factible, con buenos resultados en el 75%. **Objetivo del estudio:** Presentar el caso de una paciente con quiste anexial derecho, no diagnosticado durante el embarazo y que provocó parto prematuro y deceso del producto. **Material y método:** Femenino 27 años de edad a quien un mes posterior a término de embarazo, se diagnostica por sonografía, tumoración quística anexial izquierda de 24 cm de diámetro, de apariencia benigna, proponiéndole resección del quiste vía laparoscópica. **Resultados:** La paciente fue intervenida por vía laparoscópica, realizándose aspiración y extracción del quiste en una bolsa plástica. Inicia vía oral, deambulación 6 horas postquirúrgicas, dándose de alta al día siguiente asintomática. La paciente regresa a sus actividades cotidianas en 5 días. **Discusión:** Las lesiones anexiales deben ser diagnosticadas durante el embarazo y darles seguimiento para determinar manejo quirúrgico o conservador. **Conclusiones:** En este trabajo se desea enfatizar la importancia del diagnóstico y manejo oportuno y certero de las lesiones anexiales, así como confirmar que la vía laparoscópica es una excelente opción para el tratamiento de estas patologías ováricas.

TC-350

ASCARIS EN LA VÍA BILIAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Navarro-Muñoz E, Muñoz-Montes N, Rodríguez-Navarro FM, Rocha-Almazán M, Méndez-Sashida CH. Hospital Civil "Juan I. Menchaca". Servicio de Cirugía Laparoscópica. Guadalajara, Jalisco. Méx.

Antecedentes: El helminto más común del tracto gastrointestinal humano es *Ascaris lumbricoides*. La presencia del ascaris o sus residuos en la vía biliar puede producir obstrucción de los conductos o una reacción inflamatoria intensa, resultando en necrosis ductal, calcificación, litiasis, estenosis, fibrosis y colangitis. El diagnóstico se hace con ultrasonografía o con Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. El tratamiento incluye, agentes antihelmínticos y extracción endoscópica

o quirúrgica de los gusanos. **Objetivo del estudio:** Presentamos un caso de ascariasis y litiasis biliar. **Material y método:** Exponer un caso de colecistitis aguda y colangitis por coledocolitiasis y ascaris biliar detectado hasta la cirugía. **Resultados:** Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía y extracción de dos litos, cursa con mejoría y manejo ambulatorio, reingresa con nuevo cuadro de colangitis e incremento de ictericia, realizando nueva Colangiopancreatografía retrógrada la cual se muestra un ascaris en hepático izquierdo. Se prescribe albendazol. realizando colecistectomía y colangiografía laparoscópica sin demostrarse la persistencia del helminto. El paciente evoluciona satisfactoriamente hasta el tercer mes de postquirúrgico. **Discusión:** Aunque rara la ascariasis biliar es una entidad presente en áreas endémicas, comúnmente se asocia la litiasis biliar y el manejo laparoscópico es una opción viable y efectiva. **Conclusiones:** En este trabajo queremos presentar a la ascariasis biliar asociada a la litiasis biliar y proponemos el manejo combinado endoscópico y laparoscópico como su tratamiento.

TC-351

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL, REPORTE DE UN CASO

Navarro-Muñiz E, Méndez-Sashida C, Ulloa-Ruiz F, Muñoz-Montes N, Rocha-Almazán M, González-Bernáldez M, Maldonado-Castellanos J. Hospital Civil "Juan I. Menchaca" Servicio de Cirugía Laparoscópica, Guadalajara, Jal. Méx.

Antecedentes: El pseudomixoma peritoneal, entidad clínica rara, ocupación de la cavidad peritoneal por grandes colecciones de contenido mucinoso y ascitis que envuelve la superficie peritoneal y el omento. Actualmente se describe principalmente en asociación de tumores malignos bien diferenciados o de malignidad en el límite. **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con un pseudomixoma peritoneal, dado lo raro de la entidad clínica, manejado satisfactoriamente con cirugía abierta y sesiones de quimioterapia. **Material y método:** Femenino de 52 años, con historia intermitente de distensión abdominal, estreñimiento, flatulencia, cambios en el hábito defecatorio, sin pérdida de peso, cólico abdominal difuso, 16 meses de evolución, manejado desde entonces como síndrome de intestino irritable. Presenta cuadro doloroso abdominal agudo, datos de irritación peritoneal, predominio fosa iliaca derecha, con reacción leucocitaria, y neutrofilia. Entra a quirófano con el diagnóstico de absceso apendicular, encontrando, material mucinoso en toda la cavidad, infiltración a nivel de apéndice cecal. **Resultados:** Se realizó LAPE, encontrando material mucinoso en cavidad, apéndice cecal perforación distal, con salida del material comentado, infiltrado micronodular sobre superficie de todo peritoneo y vísceras intraabdominales, Se realizó apendicectomía simple, evolución satisfactoria. **Discusión:** Pseudomixoma peritoneal, aprox en un 60% de los casos se diagnostica como hallazgos quirúrgico. **Conclusión:** Cada vez más relacionado con procesos malignos, por lo que es importante continuar tratamientos asociados.

TC-352

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO. (REPORTE DE UN CASO)

Rocha AM, Rodríguez NMF. Hospital Civil "Juan I Menchaca", Guad. Jal.

Introducción: Reportamos caso paciente femenino de 46 años con cuadro clínico de 2 meses de evolución con reflujo, dolor en epigastrio e hipocondrio, disfagia progresiva y pérdida ponderal. EF cardiorespiratorio sin compromiso; abdomen: peristalsis presente, Murphy negativo, dolor leve en epigastrio; Laboratorio normal; US engrosamiento de la pared vesicular; Colecistografía oral: inadecuado vaciamiento; endoscopia: hernia hiatal G I, esofagitis G II, divertículo esofágico, gastritis crónica; SEGD: divertículo epifrénico 2 cm base amplia. Manometría: EEI 4 mmHg, amplitud 50 mmHg; long total 4 cm; long abdominal 2.5 cm; Phmetría: DeMeester 64.7. **Técnica quirúrgica:** Usando 3 puertos de 10 mm y 3 de 5 mm, previo protocolo laparoscópico, se disea ligamento gastrohepático, membrana frenoesofágica y, una vez disecado esófago intraabdominal, con ayuda

endoscópica, se localiza divertículo esofágico en tercio distal, posterolateral derecho, casi en unión gastroesofágica, de aprox. 2.5 cm diámetro y con una base de 1.5 cm. Usando engrapadora de 45 mm se colocan 2 líneas de grapas, se extrae divertículo por puerto de 10 mm. Se realiza funduplicatura Nissen envolviendo zona de resección. Se realiza colecistectomía sin incidentes. **Evolución postquirúrgica:** A los 4 días se le realiza esofagograma sin evidencia de fuga, al 5° día se le inicia VO líquida con buena tolerancia, se da de alta y con buena evolución hasta el día de hoy. **Conclusiones:** 1) Nuestro caso se asocia a trastorno de la motilidad esofágica inespecífico. 2) El tratamiento laparoscópico es factible, seguro y efectivo.

TC-353

CARCINOIDE INCIDENTAL DE APÉNDICE EN CIRUGÍA OBSTÉTRICA

Hernández PW, Hernández MM, Lambertinez GA, Peña JM, Sánchez SJM, Arévalo GS, López OR, López SR. Hospital General, "General José María Morelos y Pavón", ISSSTE. Méx. D.F.

Antecedentes: El carcinoide de apéndice es un tumor endocrino que histológicamente es similar pero biológicamente menos agresivo que otros carcinoides del tracto gastrointestinal; es usualmente asintomático y son descubiertos incidentalmente en el examen histológico. Los tumores menores a 1 cm son tratados con apendicectomía y no requieren seguimiento, los mayores a 2 cm con hemicolectomía derecha y necesitan seguimiento. **Objetivo:** Reporte de tumor carcinoide incidental en cirugía obstétrica complicada. **Informe del caso:** Paciente femenino con antecedentes; dos cesáreas. Acude por actividad uterina (embarazo de 37.5 SDG.); se realiza cesárea, obteniendo PUVI, egresada al 2° día postquirúrgico y reingresada al 6° por fiebre, dolor de herida y secreción transvaginal abundante y fétida, diagnosticando deciduendometritis e infección de la herida. Primer US reporta coágulos en endometrio, segundo restos ovulares; leucocitosis y Hb 8.5. Recibió manejo con antibióticos. Evolución tórpida, por lo que se realiza LAPE a los 15 días postquirúrgico, encontrando dehiscencia de histerorrafa y absceso pélvico. En el transoperatorio acude Cirugía General por desplumamiento de asas a 90 y 100 cm de la válvula ileocecal, se reparan con seda 000, se observa apéndice con periapendicitis, por lo que se extirpa. Su evolución fue satisfactoria y actualmente sin evidencia de recidiva o metástasis. **Resultados:** Reporte anatomopatológico, apéndice: 3x1 cm. Consistencia blanda, vasos congestivos y nódulo en la punta de 1 cm (tumor carcinoide); útero: Endometriitis aguda y crónica inespecífica. **Conclusiones:** El tumor Carcinoide es clínicamente silente y descubierto incidentalmente, por esta razón siempre debe realizarse el examen histológico en todos los casos de apendicectomía.

TC-354

HÍGADO ECTÓPICO. REPORTE DE UN CASO

Ayala RV, Hernández PW. Hospital General de Zona No. 69, IMSS. Texcoco, Edo. de México

Antecedentes: El hígado ectópico o accesorio es una entidad congénita rara del 0.7% de colecistectomía laparoscópica y 0.2% de necropsias. Los sitios más frecuentes de presentación son vesícula biliar, ligamento gastrohepático, gastroesplénico, serosa gástrica, cápsula adrenal, cápsula esplénica, páncreas, cavidad torácica, retroperitoneo, piloro, vena porta; la gran mayoría son asintomáticos y pueden degenerar a carcinoma hepatocelular productor de alfa fetoproteína, pueden complicarse con torsión del pedículo y hemorragia. El tamaño varía (1 a 5 cm). **Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con tejido hepático ectópico. Reporte del caso. Femenino de 50 años, antecedentes de diabetes mellitus, y hemorroidectomía, con cuadros de dolor abdominal cólico en epigastrio e hipocondrio derecho, intermitente e irradiado hacia espalda de 20 años de evolución, sin náuseas ni vómito; se realiza ultrasonido el cual reporta litiasis vesicular. Exámenes de laboratorio normales. **Resultados:** Se programa para cirugía y se encuentra vesícula biliar de

10x4x3, con múltiples litos en su interior y una masa de aspecto vinoso, pediculada en el cuerpo de la vesícula con dimensiones de 2x1x0.3 cm. Se realiza colecistectomía. El reporte histopatológico fue colecistitis crónica litiasica con tejido hepático ectópico. **Conclusiones:** Ante la presencia de esta anomalía congénita rara, que la gran mayoría de los casos es un hallazgo inesperado en los procedimientos de cirugía abierta y laparoscópica y como una rara entidad de abdomen agudo, debe ser tratado quirúrgicamente. No hay que olvidar que todo pedículo debe ser ligado ya que puede tener vasos sanguíneos y conducto biliar.

TC-355

GASTRECTOMÍA TOTAL CON LINFADENECTOMÍA EXTENDIDA D2
Camacho PC, Cuan SF, Medina QV, Olvera RO. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades CMNO IMSS. Guadalajara, Jalisco

Paciente femenino de 46 años de edad que cuenta como antecedentes de importancia haber sido operada por apendicitis aguda hace aproximadamente 30 años y padecer EAP desde hace 20 años. Su padecimiento actual lo inicia 1 mes previo a su ingreso con dolor tipo quemante en epigastrio, acompañado de sensación de plenitud, náuseas y vómitos, además de pérdida de peso de 12 kilos en mismo tiempo, por lo que acude con facultativo realizándose endoscopia alta la cual reportó zona ulcerada en curvatura menor con pliegues francamente tumorales amamelonados y duros a la toma de biopsia; TAC abdominal donde se observa masa gástrica polipoide a nivel de antro y curvatura menor submucosa produciendo estenosis pilórica, sin evidencia de adenopatías o metástasis. No se realiza SEG D por intolerancia de la paciente a medio de contraste. El resultado de las biopsias reportó adenocarcinoma gástrico de tipo difuso mucocelular (células en anillo de sello). Se somete a cirugía encontrando tumoración antro-pilórica de aproximadamente 8 cm de diámetro y abarcando 80% de la circunferencia antral sin infiltración directa a otros órganos, pero sí se observaron múltiples ganglios en ligamento hepatoduodenal, tronco celiaco y en ligamento gastrocolónico sin evidencia de metástasis a distancia. Se realizó gastrectomía total con esofagoyeyunoanastomosis TL y Y de Roux, con linfadenectomía extendida y esplenectomía. La paciente presentó evolución postquirúrgica sin complicaciones, siendo egresada a los 10 días de la cirugía.

TC-356

TUMOR ESTROMAL DE INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE CHOQUE HIPOVOLÉMICO
Camacho PC, Haro FJ, Medina QV, Osuna RJ. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades CMNO IMSS. Guadalajara, Jalisco

Paciente femenino de 68 años de edad que tiene como antecedentes de importancia tabaquismo crónico, ingesta de AINEs por osteoartritis y transfusiones múltiples por STV hace más de 20 años y por padecimiento actual. Su padecimiento actual lo inicia hace aproximadamente 8 años con melenas esporádicas precedidas de dolor tipo cólico en cuadrantes inferiores, haciéndose más frecuentes y severos los cuadros conforme transcurría el tiempo, por lo que acudió con facultativo y en un principio, al no encontrar sitio de sangrado, sólo se hemotransfundía; a la exploración solo resaltaba palidez generalizada, abdominalmente se encontraba sin alteraciones; sin embargo posteriormente presentó sangrados que la llevaron a chocarse por lo que se hospitaliza y se realiza endoscopia alta encontrando sólo hernia hiatal y gastritis, colonoscopia sin alteraciones, tránsito intestinal con zonas de estenosis en yeyuno-íleon sugestivas de enteritis regional localizada, TAC con imagen líquida sugestiva de absceso apendicular y pequeña nodulación en asa de íleon adyacente a ciego. La paciente se comete a LAPE encontrando tumoración a 1.40 mt del Treitz de aproximadamente 7x4 cm de crecimiento intra y extraluminal que ocluía casi en su totalidad la luz intestinal y además adherido a vejiga, 191 ganglios múltiples en

mesenterio aumentados de tamaño de características macroscópicas benignas. El estudio histopatológico transoperatorio no reportó datos de malignidad. Se realiza resección con entero-entero-anastomosis TT, con evolución postquirúrgica satisfactoria. El estudio histopatológico definitivo reportó tumor estromal gastrointestinal de bajo potencial maligno ulcerado.

TC-357

PROLAPSO RECTAL EN UNA PACIENTE DE 53 AÑOS DE EDAD. REPORTE DE UN CASO

Gómez ME, Sánchez SR, Salazar HG. Hospital General Regional de Orizaba, IMSS

Antecedentes: El prolapso rectal completo es aquel que involucra todas las capas de la pared rectal y se clasifica en grado 1 cuando hay prolapso oculto; grado 2 cuando no atraviesa el ano y; grado 3 cuando protruye a través del ano. Es poco común, más frecuente a partir de la quinta década de la vida y en mujeres, las causas son un fondo de saco anterior profundo, falta de fijación del recto al sacro, sigmoides redundante, debilidad del piso pélvico y disentería. El diagnóstico se corrobora clínicamente explorando al paciente durante el pujo, se puede demostrar con defecografía y proctografía. El tratamiento es siempre quirúrgico, existen más de 100 procedimientos diferentes y todos con una tasa de recidiva, lo que apunta a la falta de una técnica quirúrgica uniformemente exitosa. La técnica con el menor índice de recurrencia es el procedimiento de Frykman/Goldberg que fija el recto a la pared anterior del sacro previa movilización del recto y sigmoidectomía segmentaria. **Caso clínico:** Femenino de 53 años con antecedentes de cuadros disentéricos durante la infancia, estreñimiento crónico desde la pubertad, pujo y tenesmo, hace 5 años inicia con prolapso rectal completo manejándose con autorreducción manual, un año previo a la cirugía con eventos frecuentes de prolapso hasta ser durante cada evacuación, a la exploración física se corrobora el prolapso completo, se realiza colon por enema y presenta sigmoides redundante, se realiza tratamiento quirúrgico con rectopexia tipo Frykman con sigmoidectomía segmentaria y anastomosis término-terminal. Su seguimiento a 6 meses sin prolapso y mejoría en los hábitos de la defecación. **Conclusiones:** El prolapso rectal es una patología poco común en ciudades industrializadas, sin embargo en zonas marginadas continúa siendo una patología relativamente común y en casi todos los pacientes con antecedentes de disentería durante la infancia, es importante su detección a fin de prevenir complicaciones a largo plazo así como proporcionar el tratamiento más eficaz y con menor tasa de recidiva, siendo la mejor opción la cirugía por vía abdominal en pacientes con riesgo quirúrgico bajo la cual además puede presentar como complicación sangrado e infección pélvica.

TC-358

TORSIÓN PRIMARIA DEL EPIPLÓN. REPORTE DE UN CASO

Gómez ME, Rocha JJ, Raschke FA. Hospital Regional de Río Blanco Veracruz, SSA

Introducción: La torsión del epiplón es una entidad rara, ocurre con mayor frecuencia en varones que en mujeres en relación 3:2 entre los 30 y 50 años. La porción derecha del epiplón es la más involucrada en frecuencia. Se clasifica en primaria y secundaria. La primera es idiopática, se han descrito factores predisponentes y precipitantes, los primeros incluyen variaciones anatómicas como proyecciones en lengua, epiplón bifido, epiplón grande y voluminoso con pedículo estrecho y obesidad; los precipitantes son los que ocasionan desplazamiento del epiplón como esfuerzo intenso, cambio súbito de posición, tos, pujo e hiperperistaltismo con alimentación excesiva. La torsión secundaria se relaciona con adherencias y hernias. **Cuadro clínico:** Dolor moderado a intenso de inicio súbito en el lado derecho del abdomen, aumenta con el movimiento, presenta náuseas en ocasiones vómito, aumento de temperatura no mayor a 1°C y leucocitosis moderada, se presenta defensa e hipersensibilidad. Suele confundirse con apendicitis. **Caso clínico:** Femenino de

33 años sin antecedentes de importancia, acude al servicio de urgencias con dolor cólico de inicio súbito 3 días previos, localizado en hemiabdómen derecho con aumento paulatino de intensidad, irradiado a fosa renal derecha, náuseas, a la exploración signos vitales normales, abdomen con dolor a la palpación profunda en hemiabdómen derecho de mayor intensidad en fosa iliaca derecha con resistencia muscular y Blumberg positivo. Laboratorio con 9,900 leucocitos y diferencial normal, radiografías de abdomen normales, USG abdominal normal, examen general de orina normal. Presenta dolor persistente durante su estancia en el servicio de urgencias y datos de irritación peritoneal, se realiza laparotomía exploradora con hallazgo de torsión primaria del epiploon con isquemia y sitios de necrosis, líquido libre serosanguinolento, apéndice y resto de la cavidad normal. Se realiza omentectomía, la paciente cursa con mejoría y es egresada 2 días posteriores a la cirugía.

TC-359

POLIPOSIS ADENOMATOSA DEL COLON EN UNA PACIENTE DE 9 MESES. REPORTE DEL CASO Y CONDUCTA DE SEGUIMIENTO
Sánchez SR, Gómez ME, Salazar HG. Hospital General Regional de Orizaba, IMSS

Antecedentes: Los síndromes hereditarios de poliposis adenomatosa incluyen diversas entidades con gran cantidad de pólipos en el colon siendo la más común la poliposis adenomatosa familiar en la que se presenta delección en el brazo largo del cromosoma 5, el 20% de los casos no tiene antecedentes familiares y representan nuevas mutaciones. La edad promedio del comienzo es a los 25 años rara vez aparecen durante la primera década de la vida. El diagnóstico se establece con más de 100 pólipos adenomatosos. La aparición del cáncer colorrectal se considera inevitable a los 10 y 15 años después del comienzo de la poliposis. La proctocolectomía es la única opción obvia de tratamiento y no es conveniente demorarla excepto en individuos que no hayan completado la pubertad y que no haya malignidad en las biopsias de los pólipos, el seguimiento colonoscópico debe ser cada 6 meses a 1 año. **Caso clínico:** Femenino de 9 años con año y medio con hematoquecia que condiciona anemia, dolor abdominal difuso esporádico, palidez de tegumentos, sin antecedentes familiares oncológicos; se realizó colonoscopia encontrando más de 100 pólipos en la totalidad del colon con resultados de biopsias de pólipo adenomatoso no veloso. Se le ha realizado seguimiento con colonoscopia y toma de biopsia en 2 ocasiones con intervalo de 6 meses y reportes histopatológicos negativos para malignidad. El plan es esperar el cumplimiento de la pubertad para realizar proctocolectomía mientras no se obtengan controles histopatológicos de malignidad.

TC-360

RESECCIÓN DE SCHWANNOMA EN CUELLO

Lagunes GA, Hurtado M, Basurto KE, Domínguez-Fonseca CB, Carbo RR, Pérez CR, Palomeque LA, Corona CJF, Alegre TE. Hospital General de México, OD. México, D.F.

Los schwannomas ocupan el 5% de las tumoraciones de tejidos blandos. Del 25 al 45% de los schwannomas en cabeza y cuello tienen ubicación extracraneal y pueden presentarse a cualquier edad como nódulos solitarios. Los schwannomas de origen en cuello provienen del nervio espinal o craneal y esporádicamente del simpático cervical. No cursan con hallazgos de alteración neurológica y suelen ser asintomáticos. En nuestra institución tratamos a una paciente femenina de 34 años que inició padecimiento actual en el 2001 al notar presencia de tumoración en cuello, localizada en triángulo carotídeo derecho, de 1 cm de diámetro con crecimiento progresivo hasta 3 cm al momento de la revisión, no doloroso, libre de planos profundos, que a la exploración física se encontró localizado en triángulo carotídeo, de forma oval, pulsátil, móvil no doloroso consistencia renitente.

USG Doppler reportó lesión hipervasculada con vasos arteriales de baja resistencia. Angiografía carotídea bilateral reportó lesión ocu-

pativa de escasa vasculatura a expensas de carótida externa. La paciente fue sometida a una biopsia excisional. **Resultados:** Se realizó biopsia excisional encontrándose tumor simpático cervical de 4x2x2 cm, correspondiente a neurilemoma de nervio espinal. Cursó en el postoperatorio con síndrome de Horner. **Discusión:** El diagnóstico diferencial de estos tumores debe incluir malformaciones linfáticas, tumoración de cuerpo carotídeo y quistes óseos aneurismáticos. Para las lesiones benignas, la excisión conservadora es el tratamiento de elección, con una tasa de recurrencia del 5%. La transformación maligna de los schwannomas se encuentra en discusión e incluso se duda de su existencia.

TC-361

SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR. REPORTE DE CASO

Flores GF, González LE, Covarrubias RJ, Fernández J, Andrade MOG. Departamento de Cirugía General. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Secretaría de Salud

Objetivo: Informar de un caso de síndrome de arteria mesentérica superior (AMS) en paciente con enfermedad psiquiátrica. **Antecedentes:** Rokitsky en 1842 describió por vez primera un síndrome caracterizado por la dilatación del duodeno, angulación aortomesentérica menor de 20 grados y compresión de la tercera porción del duodeno por la arteria mesentérica superior denominado con el nombre de esta arteria por Harold Ellis, siendo considerado desde entonces un padecimiento poco frecuente. **Diseño:** Reporte de casos. **Presentación del caso:** Femenino de 44ª, soltera, de ocupación ama de casa. Malos hábitos higiénico-dietéticos. Luxación de cadera 3 años previos al ingreso, con transfusiones previas, en tratamiento psiquiátrico irregular por anorexia nervosa. Inicia el día de su ingreso con anorexia, astenia, adinamia, aunándose náuseas, vómito en posos de café en 3 ocasiones y posteriormente sangre fresca, con ingesta crónica de AINES. A su ingreso se encuentra consciente, caquéctica, hipoactiva, mal estado de hidratación, con soplo holosistólico plurifocal, abdomen plano, peristalsis ausente, blando sin masas palpables, con dolor a la palpación sin datos de irritación peritoneal y timpanismo generalizado. En radiografías de abdomen se observa dilatación de estómago y duodeno, realizándose posteriormente tomografía computada con doble contraste donde se evidencia disminución abrupta del calibre del duodeno en su tercera porción en sitio donde se observa la AMS. Presenta desnutrición severa por parámetros bioquímicos y se lleva a laparotomía realizándose yeyunostomía y gastrostomía con mejoría posterior de parámetros nutricionales y siendo sometida a gastroyeyunoanastomosis (DYA). **Conclusiones:** El manejo a base de GYA de inicio ha sido desalentador, sin embargo hasta ahora no se ha valorado la mejoría del estado nutricional previo a su uso.

TC-362

RESECCIÓN PERIANAL AMPLIA POR ENFERMEDAD DE BOWEN. REPORTE DE UN CASO

Covarrubias RJV, Blas FM, Shukc RC, Flores GF, Palacios RJA, Herrera EJJ, Orozco RJL. Departamento de Cirugía General. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Secretaría de Salud

Introducción: La enfermedad de Bowen se relaciona en un 40% a un carcinoma cloacogénico cuando se encuentra en la región perianal, porque muchos de estos tumores se diagnostican en estadio avanzado y fallecen por cáncer a los 18 meses. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 24 años de edad, refiere relaciones homosexuales con penetración anal 18 meses previos a su valoración, tabaquismo positivo desde hace un año (10 cigarrillos al día) adicción a marihuana y cocaína desde hace un año y medio. Acude al hospital por cursar un año de evolución caracterizado por prurito anal y dolor urente con las evacuaciones así como sangrado, rojo rutilante, valorado por dermatología con presencia de hiperpigmentación en región perianal con radio de aproximadamente 3 cm. Con neoformaciones alargadas hiperqueratósicas, se toman biopsias que

reporta Enfermedad de Bowen perianal. Se valora en nuestro servicio en donde programamos derivación intestinal por laparoscópica, y en un segundo tiempo realizamos resección amplia de la lesión y anoplastia con avances de colgajos cutáneos, egresa a los 5 días posterior a la cirugía sin complicaciones, en control de seis meses y hasta el momento sin recurrencia de la enfermedad. **Discusión:** Diferentes terapias se han utilizado en la enfermedad como criocirugía, 5FU, ablación con lasser, sin embargo, la sobrevida es mejor posterior a un tratamiento quirúrgico agresivo (resección amplia del tumor) situación que le ofrecimos al paciente.

TC-363

ÍLEO BILIAR. RETO DIAGNÓSTICO PARA EL CIRUJANO EN PACIENTES CON OCLUSIÓN INTESTINAL

Alegre TE, Palomeque LA, Lagunes GAS, Martínez RJJ, Gracida MN. Hospital General de México.

Masculino de 63 años, intervenido con diagnóstico de colecistitis litiasica aguda, con los siguientes hallazgos: Vesícula con plastrón inflamatorio, con áreas de necrosis parchada en fondo vesicular; realizando colecistectomía parcial y colocación de penrose, manejándose posteriormente como fistula biliar controlada. Ingresa al servicio de urgencias de la institución, con diagnóstico de desequilibrio hidroelectrolítico + fistula biliar controlada e ileo metabólico. Se realiza TAC abdominal por sospecha de colecciones residuales, reportando ileo biliar y obstrucción intestinal mecánica secundaria. Se reinterviene realizando colocación de sonda en T a través de fistula colecistoduodenal, enterotomía y extracción de dos litos de 2 cm cada uno a 1.20 m de válvula ileocecal. Paciente que desarrolla SDRA en el postquirúrgico y fallece en UCI a los 7 días. El ileo biliar es una causa poco frecuente de oclusión intestinal, la cual hay que sospechar ante un paciente con dicho diagnóstico sin antecedentes quirúrgicos, hernias de pared abdominal, causa metabólica conocida, pacientes mayores de 60 años e historia de cólico vesicular. Aproximadamente el 4% de las oclusiones intestinales se deben a esta causa. Sin embargo la mayoría de las ocasiones el diagnóstico se establece de manera retrospectiva. Es importante contar con la agudeza clínica para sospechar esta patología. Los métodos diagnósticos, son: Rx abdominal (neumbilia), ecografía, TAC. El tratamiento consiste en la extracción de los litos. El pronóstico de estos pacientes es bueno dependiendo de la patología concomitante. Es importante que el cirujano general conozca esta entidad para poder sospecharla y tener la posibilidad de contender con ella.

TC-364

PLASTÍA INGUINAL CON CONO DE MALLA

Delgado C, Ríos C, Vázquez D. Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda" Departamento de Cirugía General

Antecedentes: De acuerdo a la literatura, la hernia inguinal se presenta hasta en un 3 a 5% de la población general, correspondiendo en México entre 150,000 a 200,000 casos nuevos al año, en nuestro hospital constituye el segundo procedimiento quirúrgico electivo mas frecuente, se evaluó las ventajas de la plastía inguinal sin tensión usando cono de malla de polipropileno contra la plastía convencional, tomando en cuenta parámetros como tiempo quirúrgico, recuperación, complicaciones, además de estancia intrahospitalaria postoperatoria usando técnica de Mesh-Plug. **Resumen:** Se evaluaron los expedientes de pacientes mayores de 16 años que fueron sometidos a plastía inguinal tanto de manera convencional como con colocación de cono de malla, durante un periodo comprendido del 1 de enero del 2000 al 31 de diciembre del 2003. Evaluándose 152 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, utilizándose las técnicas de Bassini, Mc Vay, Marcy por el método convencional y la técnica de Mesh-Plug. **Resultados:** Se operaron 95 pacientes de manera convencional y 57 con cono de Malla, el tiempo quirúrgico en la cirugía convencional que requirió menos de 60 minutos fueron 44 pacientes 46.3%, el resto mas de 60 minutos. El 78.9% de pacientes operados con cono de malla la cirugía requirió de menos de

60 minutos, el resto mas de 60 minutos. El 86% de pacientes sometidos a procedimiento convencional requirió de más de 8 horas de estancia postoperatoria, el 92% de los pacientes sometidos a plastía con cono de malla requirieron de menos de 8 horas de estancia postoperatoria. Las complicaciones son similares a las reportadas en la literatura. **Discusión:** Esta técnica además de sencilla, se puede utilizar en todo tipo de hernias inguinales, la disección de tejidos es mínima. **Conclusiones:** El tiempo quirúrgico se reduce a menos de 60 minutos en el 78% de los pacientes sometidos a plastía con cono de malla, además de reducir la estancia intrahospitalaria postoperatoria.

TC-365

INCIDENTALOMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

García RF, Ruiz OJL, Muñoz AA, Aboharp HZ, Alvarez MJ, Morelos GR. Hospital Juárez de México, Unidad de Oncología. México, D.F.

Antecedentes: El término incidentaloma se aplica a las lesiones suprarrenales asintomáticas descubiertas de manera inesperada por técnicas de imagen abdominal. Tiene una incidencia el 0.3-5% de los pacientes sometidos a estudios de imagen como la tomografía. **Objetivo:** Presentación del caso. **Informe del caso:** Femenino de 47 años refiere 4 meses previos que sólo presentó cefalea en forma ocasional, que remitió sin manejo. Inició padecimiento actual posterior a iniciar protocolo para terapia hormonal de reemplazo durante el cual se le realiza ultrasonido abdominopélvico con hallazgo de lesión de 15 x 15 cm aparentemente origina de glándula suprarrenal derecha es referida a la unidad de Oncología. **Resultados:** Paciente asintomática normotensa, con lesión palpable en cuadrante superior derecho de 7x7 cm de bordes mal definidos, se corrobora por tomografía lesión dependiente de suprarrenal derecha, con metanefrinas elevadas, ácido vanilil mandélico elevado, se realiza suprarenectomía y nefrectomía derecha, reporte de patología de feocromocitoma. **Discusión y conclusiones:** El feocromocitoma es el 2o tumor hiperfuncionante de los incidentalomas, (1.5-13%). Más de la mitad de estos pacientes son normotensos y la otra mitad pueden presentar hipertensión moderada, o presentar síntomas intermitentes (cefalea, crisis hipertensivas, arritmias cardiacas, sudoración). Un incidentaloma plantea un problema diagnóstico y el desafío consiste en identificar al tumor suprarrenal funcionante o maligno que debe researse, evitando las pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas innecesarias.

TC-366

ASOCIACIÓN DE SITUS INVERSUS ABDOMINAL, LITIASIS VESICULAR, HERNIA HIATAL, Y ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO; REPORTE DE CASO

Pérez-Cerezo R, Carbo-Romano R, Tenorio-Flores C, Pérez-Pineda J, Pérez-Torres E, Diaz-Orellana A. Hospital General de México. México, D.F.

Antecedentes: El situs inversus abdominal es una rara anomalía congénita en la cual los órganos abdominales se encuentran situados con una relación inversa izquierda-derecha. Sospechamos que éste es el primer caso reportado de la asociación situs inversus abdominal, litiasis vesicular sintomática, hernia hiatal tipo I y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). El manejo quirúrgico conlleva dificultades técnicas por las anomalías anatómicas presentes. **Objetivo:** Presentar el manejo quirúrgico y médico establecido en esta rara asociación. **Informe del caso:** Se presenta del caso de femenino de 47 años de edad, con diagnóstico situs inversus abdominal, ERGE y hernia hiatal diagnosticados desde la etapa neonatal, litiasis vesicular sintomática con una evolución de 30 años, presenta agudización de los síntomas en el último año y acude para manejo. Se obtiene confirmación diagnóstica mediante ultrasonido, serie esófago-gastro-duodenal y endoscopia, decidiendo tratamiento quirúrgico para ambas enfermedades. Durante el acto quirúrgico se confirma situs inversus abdominal, realizándose colecistectomía clásica como único procedimiento por presentar la pa-

ciente el paso de la aorta y esófago por un mismo hiato. Decidiendo manejo médico para la ERGE. **Resultados:** Se obtuvo una adecuada evolución de la paciente con remisión de la sintomatología con el manejo establecido. **Discusión:** El tratamiento quirúrgico para ERGE en este paciente no pudo ser llevado a cabo por la anomalía anatómica del hiato. **Conclusiones:** El tratamiento en este tipo de pacientes se planea de forma individualizada. La variabilidad anatómica representa un reto para el cirujano.

TC-367

DIAGNÓSTICO PRENATAL Y MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ATRESIA DE ESÓFAGO. REPORTE DE UN CASO

Pardo RF, Moreno RJC, Zurita NR, Cervantes MPJ. Hospital Infantil Privado. Departamento de Cirugía General Hospital General de Zona No. 30, IMSS

Objetivo: Describir el diagnóstico prenatal y el manejo quirúrgico postnatal de la atresia de esófago. **Antecedentes:** A diferencia de otras anomalías comunes en cirugía pediátrica, la atresia de esófago (AE) es diagnosticada rara vez en la etapa prenatal (33% en EUA). **Descripción del caso:** Madre de 28ª sana, antecedentes de cardiopatía y DMTII por rama materna. Padre con asma bronquial, producto de la gesta I, cervicovaginitis durante el segundo trimestre y amenaza de parto pretérmino. A las 30 SDG se detecta por USG polihidramnios y ausencia de la cavidad gástrica con sospecha diagnóstica de AE. Obteniendo por cesárea producto femenino corroborando imposibilidad de paso de sonda orogástrica y signo de la "bolsa faríngea" con bario, abundante gas gástrico por Rx. Es sometida mediante toracotomía derecha a resección de fístula traqueoesofágica de cabo distal, cierre primario traqueal y anastomosis término-terminal en un plano con puntos de seda, Recibe soporte nutricional con tolerancia a la VO 9 días después. **Conclusiones:** El USG es el estudio no invasivo que en la etapa prenatal puede hacer sospechar el diagnóstico de AE, aunque con valor predictivo y sensibilidad bajas (56 y 42% resp.) según la literatura mundial. El tipo III de AE la según Gross-Vogtes el más frecuente. El manejo quirúrgico correctivo debe llevarse a cabo inmediatamente si las condiciones del recién nacido lo permiten.

TC-368

ANEURISMA VENOSO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Moreno RJC, Revilla CH, Parra DJR, Hernández LD. Departamento de Cirugía General y Cirugía Vascul. Hospital General de Zona No 30. IMSS. Departamento de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital "Gral. Ignacio Zaragoza" ISSSTE

Objetivo: Describir un caso de aneurisma venoso (AV) y revisión en la literatura. **Introducción:** Los aneurismas venosos son áreas solitarias de dilatación de un segmento venoso sin asociación de una fístula arteriovenosa o pseudoaneurisma, y sin tener un segmento venoso varicoso el cual se define como la dilatación venosa difusa. Es reportada en diversas partes del cuerpo (v. Cava, yugular intracraneal, iliaca, poplítea, safena mayor y vena axilar). **Descripción del caso:** Paciente femenina de 65ª de edad, ama de casa, portadora de hipertensión arterial de varios años de evolución e hiperglicemias sin control médico. Presenta tumoración fluctuante en borde externo de antebrazo derecho de dos años de evolución asintomática, a la EF se corrobora tumoración fluctuante de aprox. 4x5 cm que no presenta flujo pulsátil corroborado por USG Doppler, la flebografía demuestra dilatación venosa de un segmento de vena radial superficial o mediana (Rouvière) en el tercio distal del antebrazo, es sometida a resección de la dilatación venosa bajo anestesia regional. El reporte de patología reportó dilatación focal con disminución de la capa muscular. **Conclusiones:** El aneurisma venoso es una entidad rara y aunque descrita por la literatura mundial es poco reconocido el término. Los hallazgos histopatológicos son la reducción de las fibras en la pared muscular, e incremento en las fibras de tejido conjuntivo, así como alteración en las fibras elásticas. La etio-

logía es comúnmente desconocida aunque se ha descrito su aparición en algunas zonas postraumáticas, aunque su evolución en benigna, la resección es recomendada ante los reportes de trombosis y embolias.

TC-369

LEIOMIOMA GÁSTRICO, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cervantes MPJ, Moreno RJC, Alcaraz GA, Esparza PR, Vilchis GA, Soto MMA, Ruvalcaba SR, Guardado OJG. Hospital General de Zona No. 30, IMSS

Objetivo: Describir dos casos de leiomioma gástrico y revisión en la literatura. **Introducción:** Los tumores de origen muscular del tracto digestivo son considerados raros y su diagnóstico no se realiza frecuentemente preoperatoriamente. El primer reporte fue el de Morgagni en 1762 de un leiomioma gástrico, aunque parece corresponder al propio Virchow su definición y clasificación siendo más frecuentes en estómago seguidos de yeyuno, íleon, colon, esófago y duodeno. **Descripción de caso I:** Masculino de 60 años que ingresa al servicio de urgencias por sangrado de tubo digestivo alto, choque hipovolémico, sin datos de hipertensión portal es sometido a endoscopia alta que reporta sangrado de lesiones en cuerpo y fondo, sometido a laparotomía exploradora con hallazgo de tumor en cara posterior de estómago, realizando tumorectomía y cierre primario, su evolución satisfactoria con recuperación del estado de choque tolerando la alimentación egresado a los 8 días posteriores a la intervención. **Descripción de caso II:** Femenino de 61 años hipertensa sometida a revisión abdominal por miomatosis con hallazgo de tumor de cuerpo y antro gástrico con involucró de yeyuno, es sometida a gastrectomía parcial y resección intestinal con reconstrucción en "Y" de Roux retrocólica, su evolución satisfactoria egresada diez días posterior a su intervención

El reporte de patología en ambos fue de leiomioma gástrico sin evidencia de malignidad. **Conclusiones:** Entre los tumores de la capa muscular lisa del estómago existen diferencias con relación a su comportamiento biológico (leiomiomas, leiomiomasarcomas y leiomioblastomas). Se reportan como predominantemente los leiomiomas gástricos (8/1), su cuadro clínico generalmente es asintomático encontrándose como hallazgos quirúrgicos como en este segundo caso o por sangrado o ulceración como el primer caso descrito.

TC-370

TRAUMA VASCULAR Y SÍNDROME DE REPERFUSIÓN: CASO CLÍNICO

Revilla CH, Parra DJR, Hernández LD, Moreno RJC, Gómez SFA. Hospital "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE. Hospital General de Zona No 30, IMSS

Objetivo: Describir un paciente con trauma vascular y síndrome de reperfusión. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 35 años con antecedente de trauma múltiple por arma de fuego en ambas extremidades inferiores, ingresado al servicio de urgencias con datos de choque hipovolémico y signos duros de lesión vascular de la extremidad izquierda. Sometido a reanimación limitada y exploración vascular con hallazgo de lesión de arteria y vena poplítea alta izquierda, se realiza reparación de ambas con injerto de vena safena contralateral invertida y no invertida respectivamente, fasciotomías laterales parcialmente cerradas en pierna izquierda. Ingresa al servicio de Cuidados Intensivos donde 10 hrs posteriormente presenta edema masivo de la extremidad, signos de isquemia distal con ausencia de llenado capilar así como elevación de azoados, se decide ampliación extensa de las fasciotomías laterales, fasciotomía en muslo, uso de hidratación enérgica y diuréticos, presenta mejoría notable del llenado capilar y restablecimiento de pulso pedio tres días posteriores con disminución del edema y la eventración muscular. **Conclusiones:** Las complicaciones más temidas en el traumatismo vascular complejo lo constituyen los síndromes compartimentales y la lesión orgánica por reperfusión, el manejo agresivo con fascio-

mías extensas deben ser realizadas ante la revascularización tardía y lesiones combinadas así como hidratación adecuada ante riesgo de falla renal.

TC-371

DIVERTICULITIS DE YEYUNO, CAUSA DE ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE UN CASO

Pazarán MC, Villa VD, Laufer DB, Bonilla de LH. Hospital General de Zona No. 58 IMSS, Tlalnepantla, México

Antecedentes: Los divertículos de yeyuno ocupan el último lugar en frecuencia dentro de la enfermedad diverticular del tubo digestivo, con un 0.9%, suelen ser asintomáticos o presentar sintomatología inespecífica: molestias abdominales vagas postingestión, dispepsia crónica, malabsorción crónica con esteatorrea, anemia megaloblástica (dentro del síndrome de asa ciega), o incluso neumoperitoneo masivo asintomático y sin peritonitis. **Objetivo:** Reportar la diverticulitis de yeyuno como causa de abdomen agudo. **Material y métodos:** Se trata de masculino de 82 años, con antecedente de funduplicatura por esófago de Barret, que ingresa a nuestro hospital por cólico abdominal intenso de 24 hrs., náuseas, febrícula, distensión, signos apendiculares positivos, resistencia muscular y rebote. Laboratoriales con cuenta leucocitaria normal y neutrofilia, Rx de abdomen con niveles hidroaéreos, asa fija e imagen en vidrio despulido. Se realiza laparotomía encontrando abundante líquido de reacción, a 50 cm del ángulo de Treitz encontramos divertículos violáceos con natas fibrinopurulentas, realizándose resección intestinal y anastomosis, con evolución satisfactoria. **Discusión:** La perforación diverticular ocurre en 6.9% de los casos, con mortalidad del 20-40%; el 82% por diverticulitis aguda necrosante, el 12% por traumatismo abdominal y el 6% por cuerpos extraños. **Conclusiones:** El tratamiento de las complicaciones de los divertículos en yeyuno es siempre quirúrgico y prácticamente en el 100% de los casos se operan con Dx de abdomen agudo sin especificar causa.

TC-372

ESTENOSIS ILEAL INADVERTIDA COMO CAUSA DE ESTENOSIS RECURRENTE DE BOCA ANASTOMÓTICA GASTROYEYUNAL. REPORTE DE UN CASO

Pazarán MC, Villa VD, Gómez CL, Ortiz GJ. Hospital General de Zona No. 58 IMSS, Tlalnepantla, México

Antecedentes: El uso crónico de AINES y de esteroides en el manejo de la artritis reumatoide, ha traído como consecuencia un alto índice de úlceras pépticas. Además se ha demostrado también que los AINES agreden la mucosa intestinal a otros niveles, condicionando ulceraciones, estenosis e inclusive angiodisplasias. **Objetivo:** Exponer el caso de una paciente que fue sometida a gastrectomía Billroth II por úlcera péptica, con pobre respuesta terapéutica sec a reflujo intestinal. **Material y métodos:** Femenino de 52 años, con artritis reumatoide, tratada con AINES y esteroides por tiempo prolongado, quien cursó con úlcera péptica y estenosis pilórica, realizándose gastrectomía Billroth II, cursando con disfagia importante, sensación de plenitud postprandial, reflujo gastroesofágico y estenosis de la boca anastomótica en dos ocasiones, condicionando desnutrición severa (35 kg de peso), manejada con dilataciones con balones por vía endoscópica. Al llegar a nuestro hospital se inicia nutrición enteral con dieta polimérica y tolerando parcialmente, se mejoran condiciones generales y se realiza LAPE, encontrando estenosis ileal que del 80% de la luz intestinal, realizándose plastia del segmento intestinal tipo Heniken Mikulicz, yeyunostomía para nutrición y en un segundo tiempo se remodela la gastroyeyuno anastomosis, resolviéndose el problema. **Discusión:** Es importante contemplar las posibles complicaciones del uso de AINES y realizar una adecuada exploración de la cavidad abdominal al realizar cualquier procedimiento quirúrgico.

TC-373

NEOPLASIAS DEL PARÉNQUIMA RENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Remán AL, Contreras A, Zarandona JM, Medrano A, Méndez C, Torres MJ, Cerda LJ. HG de Tampico, "Dr. Carlos Canseco" SSA

Antecedentes: Los tumores renales causan alrededor del 2% de la mortalidad por cáncer. 85% de estas lesiones corresponde a carcinoma de células renales. Se presenta tarde la triada clásica de dolor, masa y hematuria y ocurre en menos de la mitad de los pacientes. Informe del caso: Paciente femenino de 46 años sin antecedente de importancia la cual inició su padecimientos aproximadamente 6 meses previos a su ingreso, con síntomas de dolor en región lumbar izquierda, acudió a consulta en nuestro hospital y se diagnosticó tumor renal izquierdo por urografía excretora; se programó para nefrectomía la cual se realizó sin complicaciones, la paciente cursó con 3 días de postoperatorio en sala general con buena evolución. Se envió a radioterapia y continúa en tratamiento. El estudio histopatológico reportó tumor que involucra polo superior hasta mitad del cuerpo renal, abarcando todo el espesor del parénquima de cápsula a cápsula sin llegar a uretero ni a la pelvis misma, sin infiltración de la grasa perirrenal sin metástasis y con bordes quirúrgicos libres de tumor. **Conclusión:** El síntoma de dolor debe despertar la sospecha de tumor aun en ausencia de hematuria o masa ya que éstos son síntomas tardíos, el diagnóstico temprano aumenta la sobrevida considerablemente con el tratamiento quirúrgico.

TC-374

ESPLENECTOMÍA EN LEUCEMIA DE CÉLULAS PELUDAS, REPORTE DE UN CASO

Ramírez-Navarro J, Torres-Rodríguez JA, Corena-Reyes E, Reyes Rodríguez VH, Guerrero Rivas A. Hospital Juárez de México, México, D.F.

Antecedentes: Existen indicaciones precisas de esplenectomía: traumatismo, trastornos hematológicos y como parte de otros procedimientos quirúrgicos. **Objetivo:** Reportar un caso de esplenomegalia gigante por leucemia de células peludas que requirió esplenectomía. **Resultados:** Masculino de 50 años que presenta desde hace 4 meses disnea, astenia, adinamia mal estado general y palidez de tegumentos. Ingresó a hematología encontrándose con soplo sistólico plurifocal, presencia de ptequias a nivel abdominal así como gran esplenomegalia, plaquetas en biometría de 22,000 Hb 2.9 y células peludas 66%. Se efectúa esplenectomía bazo de 45 x 35 x 30 cm con múltiple vascularidad y varios implantes a lo largo de arteria esplénica y ganglios mesentéricos. Posterior a la cirugía el paciente evoluciona favorablemente con Hb de 11.1, plaquetas de 38,1000. Actualmente sin presencia de actividad tumoral y en control con Interferón. **Discusión:** La leucemia de células peludas es uno de los trastornos hematológicos que evoluciona espectacularmente con la esplenectomía y la adyuvancia con interferón. **Conclusión:** Es importante identificar oportunamente las patologías con indicación precisa de esplenectomía y llevar a cabo el manejo preoperatorio con hemoderivados teniendo al paciente en óptimas condiciones para la realización del procedimiento.

TC-375

DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO POR INFESTACIÓN POR ASCARIS LUMBRICOIDES, REPORTE DE UN CASO

Ramírez-Navarro J, Cruz-Reyes JM, Jaimes L, Vergara H, Pastrana JM, Guerrero Rivas A. Hospital General de Tlaxcala, Tlaxcala. México

Antecedentes: El divertículo de Meckel se descubre incidentalmente 2 a 4.5% durante cirugía y 1.1 a 2.5% en autopsia. Existen diversas patologías abdominales de resolución quirúrgica producidas por *Ascaris lumbricoides*. **Objetivo:** Se reporta un caso divertículo de Meckel complicado por oclusión y perforación por *Ascaris lumbricoides*. **Resultados:** Masculino de 5 años, sin antecedentes, cuadro de 24 hr. con dolor cólico epigástrico, irradiación en fosa iliaca derecha, náuseas, vómito y fiebre, acude a urgencias, con mala hidratación de mucosas, fascies algica, abdomen con resistencia muscular, Mc Burney, Von Blumberg, Rovsing, obturador, presentes, palpación de plastrón en cuadrante inferior derecho y peristalsis ausente, con leucocitos de 15,000 y neutrófilos de 91%. Rx de abdomen con borra-

miento del psoas. Se efectúa laparotomía encontrando divertículo de Meckel a 80 cm de válvula ileocecal con compromiso vascular con oclusión de su luz y perforación por gran cantidad de Ascaris, se efectúa resección intestinal 30 cm de ileon, enteroenteroanastomosis término-terminal. **Discusión:** Es poco frecuente el hallazgo de divertículo de Meckel así como presencia de patología por Ascaris es importante resaltar esta asociación. **Conclusión:** En ausencia de apendicitis en laparotomía se debe revisar sistemáticamente ileon terminal y buscar presencia de divertículo de Meckel. En poblaciones rurales la infestación por Ascaris puede originar diversos procesos abdominales que requieren tratamiento quirúrgico urgente.

TC-376

LEIOMIOMA GÁSTRICO GIGANTE. REPORTE DE UN CASO

Pérez GR, Montes GJA, Santiago NA, Marquina RME, Galindo NA. Hospital Juárez de México, SSA. División de Cirugía. Servicio de Cirugía General. México, Distrito Federal

Antecedentes: La mayoría de los tumores estromales gástricos surge en el músculo liso, son pequeños y sólo producen síntomas cuando alcanzan un tamaño mayor a 4 cm porque comprometen el riego sanguíneo del epitelio gástrico que los recubre. **Objetivo del estudio:** Presentar un caso de leiomioma gástrico de gran tamaño, ya que estos tumores raras veces alcanzan estas dimensiones. **Caso clínico:** Masculino de 60 años de edad con antecedente de tabaquismo y etilismo crónicos intensos. Tiene un padecimiento de 2 años de evolución caracterizado por evacuaciones melánicas y melanemesis en 4 ocasiones, sensación de saciedad precoz y aumento del volumen abdominal. A la exploración física con signos vitales normales, palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin datos patológicos aparentes. Abdomen semigloboso, blando y depresible, con tumoración palpable en epigastrio y cuadrante superior derecho con dimensiones de aproximadamente 20 x 10 cm, de superficie lisa, bordes regulares, móvil, no doloroso a la movilización, consistencia firme, no pulsátil; peristalsis con adecuado tono y frecuencia, sin datos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio: Hemoglobina 10.2, hematocrito 32.1%, leucocitos 6,250, plaquetas 227,000, glucosa 111, urea 30, creatinina 0.8, bilirrubina total 0.3. Ultrasonograma abdominal: tumoración de aproximadamente 17x15x8 cm de aspecto sólido con bordes regulares y definidos en relación con el lóbulo hepático izquierdo, con la modalidad Doppler se observa escasa vascularidad central en la tumoración. TAC abdominal: tumoración en curvatura menor del estómago de 20 x 10 x 6 cm que refuerza escasamente con el medio de contraste. Esofagogastroduodenoscopia: lesión elevada de 4 cm en cisura angularis con ápex umbilicado, mucosa que la recubre con hiperemia radiada; en la biopsia de la lesión se observa gastritis crónica superficial. Angiografía mesentérica superior, inferior y del tronco celiaco: morfología, trayecto y flujos conservados, sin evidencia de sangrado activo ni tinción tumoral. Con diagnóstico de probable leiomioma gástrico gigante el paciente fue sometido a cirugía encontrando una tumoración de 20 x 9 x 6 cm en la curvatura menor del estómago, se realizó una gastrectomía subtotal con gastro-yeyuno anastomosis término-lateral Roux en Y (Billroth II). **Resultados:** El examen histopatológico reveló un tumor del estroma gastrointestinal, leiomioma gástrico, con bordes quirúrgicos libres de tumor. El paciente evolucionó favorablemente y fue egresado por mejoría a las 2 semanas de operado. **Discusión:** El tamaño del tumor y sus características histológicas, incluso el número de mitosis por campo de gran aumento, invasión capsular y pleomorfismo, son elementos importantes que distinguen la naturaleza benigna o maligna de estas lesiones. **Conclusiones:** Cuando este tipo de lesiones son grandes no es fácil distinguirlos de tumores malignos y deben tratarse con gastrectomía con un margen proximal mínimo de 4 cm.

TC-377

CASO ATÍPICO DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

Tello GJM, Ahumada TJM, Zarzoza AJ, Sevilla FJG. Hospital General Carlos Calero Elorduy, ISSSTE. Cuernavaca, Morelos

Antecedentes: El adenocarcinoma gástrico es la segunda causa de muerte por tumores malignos en México, más frecuente en hombre 1.7 veces en relación a mujer. **Objetivo:** Presentar un caso clínicamente atípico de adenocarcinoma gástrico con sintomatología vaga, estudiado con endoscopia sin reporte inicial de tumoración. **Informe del caso:** Masculino 52 años, hipertensión arterial y diabetes manejados con enalapril y glibenclámda, alérgico a penicilina. Acude a consulta por pirosis, regurgitación, eructos, distensión abdominal, periodos alternos de diarrea y estreñimiento de dos años de evolución. Manejo inicial con medidas higiénico-dietéticas, ranitidina y cisaprida, sin mejoría, posteriormente con omeprazol y cisaprida mejorando su cuadro hasta 70%, se suspende tratamiento, solicitando endoscopia, reportando gastropatía aguda de antro por bandas longitudinales hiperémicas. SEG D reporta hiato amplio, reflujo escaso, gastroduodenitis. Continúa manejo con omeprazol por dos semanas más, mejorando al 85%. Un mes después acude con meteorismo sin cólicos, tránsito intestinal normal. Nueva endoscopia reporta hernia hiatal, tumoración gástrica a descartar adenocarcinoma, biopsia gástrica sin evidencia de elementos neoplásicos malignos. TAC abdominal con evidencia de tumoración. Laparoscopia diagnóstica se corrobora tumoración y se toma biopsia, resultando adenocarcinoma. Se da quimioterapia a base de Doxetacel 60 mg. LAPE con gastrectomía total y esófago-yeyuno anastomosis. **Discusión:** El cáncer gástrico, patología frecuente que en este caso el paciente tuvo comportamiento inusual, nunca presentó plenitud gástrica, además de tener nutrición adecuada y masa muscular importante. Sin antecedentes de ingesta de alimentos ricos en sal o ahumados, sin tabaquismo. La SEG D y endoscopia inicial no reportó tumoración, tres meses después nueva endoscopia reporta tumoración grande y hernia hiatal, biopsia sin evidencia de malignidad. **Conclusión:** Un caso estudiado y manejado adecuadamente, sin mejoría notable de sintomatología, reestudiado con reporte de adenocarcinoma gástrico.

TC-378

FITOBEZOARES COMO ETIOLOGÍA DE OBSTRUCCIÓN INTES-TINAL

Ahumada TJM, Alcocer GO, Sevilla FJG, Coello NG, Figueroa S, Mora SJM. ISSSTE. Cuernavaca, Morelos

Antecedentes: La oclusión intestinal es una patología frecuente, sus principales causas son las adherencias postquirúrgicas, las hernias y las neoplasias del colon, sin embargo por fitobezoares es raro. **Objetivo:** Presentar un caso de oclusión intestinal por fitobezoares. **Informe del caso:** Femenino 42 años con distensión y dolor abdominal difuso de 24 horas de evolución, acompañándose de vómito en 6 ocasiones contenido gastrobiliar, evacuaciones presentes. Niega antecedentes quirúrgicos. Exploración física signos vitales normales, abdomen distendido, doloroso, peristalsis aumentada, sin irritación peritoneal, no hay evidencia de hernia de pared. Leucocitos 10,800; neutrófilos 83%, Electrolytos séricos normales. Radiografías abdominales con distensión de asas y niveles hidroaéreos. Se coloca SNG, evolucionando a las 24 horas con aumento del dolor y distensión abdominal, constipación y taquicardia de 100 por minuto, gasto de SNG características intestinales. Aumenta leucocitosis a 13,400; neutrófilos 89%, empeorando en control radiográfico. Laparotomía exploradora con enterotomía encontrando oclusión intestinal por fitobezoares. Reinterrogando con antecedente de haber comido nueve mandarinas. Evolucionó satisfactoriamente, tolerando bien la vía oral al sexto día de operado, canalizando gases y evacuando al tercer día. **Discusión:** Oclusión intestinal en ileon manejada conservadoramente, sin embargo 24 horas después del diagnóstico inicia con sufrimiento de asa (taquicardia y leucocitosis), que provoca revisión quirúrgica, encontrando fitobezoares como etiología de la oclusión. Debemos saber tratar la oclusión intestinal y lo más importante reconocer datos de sufrimiento de asa y la necesidad de explorar quirúrgicamente, además de interrogar adecuadamente para conocer posibilidad etiológica. **Conclusión:** Los bezoares son una etiología rara para oclusión intestinal.