

Cirujano General

Volumen **26**
Volume

Suplemento **1**
Supplement

Octubre-Diciembre **2004**
October-December

Artículo:

Parte IV.




Resúmenes de TC-379 al TC-442

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-379

OCCLUSIÓN INTESTINAL POR ATRESIA YEYUNAL: UNA RARA ETIOLOGÍA

Magadan SG, Ahumada TJM, Zarzoza AJ, Alcocer GO, Sevilla FJG. ISSSTE. Cuernavaca, Morelos

Antecedentes: La atresia intestinal tiene incidencia de 1/350 a 1/5000. La supervivencia de 10% en 1950 ha mejorado a más del 90% en la actualidad. **Objetivo:** Presentar un caso raro de oclusión intestinal secundario a atresia yeyunal. **Informe del caso:** Femenino de 38 SDG, obtenido por cesárea, con aspiración meconial, peso 2.900 gr. Evoluciona tórpidamente, aumento de perímetro abdominal, intolerancia a vía oral, vómitos gastrobilíacos, sin evacuar meconio. Laboratorios con leucocitosis 13,700; Hb 14.1gr/dl, Hto 39.4, plaquetas 370,000; hiperbilirrubinemia de 9.2; Glicemia 51, resto normal. Radiográficamente dilatación de asas, mala distribución de aire en intestino, sin aire en colon ni ámpula rectal. SEG D sin paso de medio de contraste a yeyuno. Diagnóstico atresia yeyunal. LAPE con resección intestinal de 8 cm y anastomosis término lateral por diferencia en bocas anastomóticas (8 y 20 mm respectivamente), hallazgo de atresia 5 cm a 15 cm del Treitz. Evoluciona satisfactoriamente los primeros nueve días, inicia vía oral al octavo día de postoperatorio, el décimo día con distensión abdominal progresiva, nuevamente intolerancia a vía oral. Nueva LAPE con resección intestinal y anastomosis término lateral, hallazgos de perforación intestinal única de 2 mm a un centímetro de anastomosis previa. Evolución satisfactoria tolerando bien la vía oral, canalizando gases y evacuando. Abdomen blando, no doloroso, peristalsis presente. Laboratorios con anemia de 11.3 gr/dl, leucocitos 9,960. **Discusión:** La atresia intestinal en 95% de los casos es una oclusión intraluminal congénita, el resto sólo parcial y generalmente secundario a enterocolitis necrosante o asociada a gastrosquisis. Cuadro clínico presenta vómitos, distensión abdominal y sin salida de meconio. Las complicaciones postoperatorias incluyen íleo prolongado, dependencia de NPT, trastornos de motilidad del segmento proximal, adherencias, fístula enterocutánea y/o dehiscencia de anastomosis. **Conclusión:** La atresia yeyunal congénita es una rara causa de oclusión intestinal alta.

TC-380

VÓLVULUS SIGMOIDEO COMO CAUSA DE OCCLUSIÓN INTESTINAL BAJA

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

Antecedentes: La oclusión colónica constituye el 6.3% de todas las obstrucciones intestinales, los carcinomas son responsables de más del 90%, sólo del 5% corresponde a vólvulus, aunque en algunos países en desarrollo con dieta rica en fibra reportan hasta 50%. **Objetivo:** Presentar un caso de oclusión intestinal baja por vólvulus de sigmoides y revisar las alternativas terapéuticas. **Informe del caso:** Femenino 74 años hospitalizada por infección respiratoria en Geriátrica. Presenta distensión abdominal baja importante, dolor progresivo predominio en cuadrante inferior derecho, tres vómitos contenido fecaloide, última evacuación 5 días previos, obstipación. Antecedente apendicectomía. Exploración física deshidratada, taquicardia de 108, fiebre 39°C, SNG gasto fecaloide, abdomen muy distendido, doloroso, peristalsis abolida, Vonblumberg positivo, ámpula rectal vacía, sin evidencia de hernia de pared. Leucocitosis 16,900; neutrófilos 92%, hipernatremia 158 mEq/l, hipokalemia 2.3 mEq/l. Radiografías abdominales con dilatación importante de asas, niveles hidroaéreos, imagen baja sugestiva en grano de café. Laparotomía exploradora con sigmoidectomía, bolsa de Hartman y colostomía, hallazgo vólvulus de sigmoides. Evolucionó satisfactoriamente, tolerando bien la vía oral al quinto día de operada, canalizando gases y evacuando por colostomía a los dos días. **Discusión:** El vólvulus sigmoideo puede ser manejado conservadoramente intentando devolver endoscópicamente, con recidiva de 50 a 90%, aumentando la mortalidad, la devolvulación quirúrgica con recidiva del 30%

con o sin colopexia, sigmoidectomía y preparación colónica transoperatoria y anastomosis término-terminal valorando segmentos colónicos involucrados y condiciones sépticas de cavidad o procedimiento de Hartmann y colostomía proximal (más seguro con colon isquémico). **Conclusión:** La sigmoidectomía con bolsa de Hartmann y colostomía fue buena decisión quirúrgica en vólvulus de sigmoides con signos clínicos de sufrimiento colónico.

TC-381

DESARROLLO HISTÓRICO DE LOS DRENAJES QUIRÚRGICOS

Rojano-Mercado E, Mora-Arenas E, García-Arévalo F. Hospital General de Zona 71 IMSS. Delegación 15 Estado de México. Hospital Regional de Zona 197 IMSS. Delegación 15 Estado de México

Introducción: La importancia de los drenajes es determinante en el desarrollo de la cirugía, y las técnicas quirúrgicas, los procesos terapéuticos evolucionaron importantemente su función, teniendo cambios trascendentales, los cuales fueron determinados por los avances científicos de las diferentes épocas dando como resultado técnicas más seguras con la utilización de los drenajes. **Objetivo:** Analizar el desarrollo histórico de los drenajes quirúrgicos en contraste con las técnicas quirúrgicas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio histórico, en donde se analizaron 13 referencias bibliográficas sobre el desarrollo histórico de los drenajes quirúrgicos. **Resultados:** El desarrollo histórico que se tienen de los drenajes quirúrgicos data desde la prehistoria en donde se utilizaba trepanos para el drenaje sobre todo a nivel craneal; el primer personaje en utilizar un drenaje en forma terapéutica fue Hipócrates, quien utilizaba drenajes tubulares para tratar empiemas, así mismo, fueron utilizados por Erasistratus de Alejandría para el mismo fin. Durante la edad media no hubo gran desarrollo, hasta que Guy de Chauliac en su libro *Chirurgica Magna* describe un tipo de drenaje "Charpie" un tipo de drenaje que es el primer antecedente de un drenaje capilar. Ambrosio Paré los utiliza de manera importante para tratar heridas de guerra en el periodo renacentista; Lorenz Heister (Johann Schultetus) introduce una mecha dentro del drenaje para hacer más efectiva su utilización. Teniendo un desarrollo pobre hasta el siglo XIX en donde los avances científicos de la época hacen que la necesidad de evitar la acumulación de fluidos como la sangre y evitar la infección, llevando a la concepción de drenajes como el "Penrose", el cual al inicio tiene un desarrollo diferente al que conocemos actualmente. **Conclusiones:** Es de gran importancia el conocimiento de los antecedentes históricos de los drenajes para entender su evolución, utilización y entender mejor las técnicas terapéuticas quirúrgicas que hacen uso de ellos.

TC-382

SARCOMA PANCREÁTICO

Ortiz-González J, Martínez-González A, Álvarez-Aguila NP, Recinos-Money EA, Sánchez LR, Alcalá-Prieto FJ. Instituto Nacional de Cancerología, México D.F. Hospital General de México O.D.

Objetivo: Reportar un caso de histiocitoma fibroso maligno (HFM) de células gigantes en páncreas. **Antecedentes:** Los sarcomas del páncreas representan el 1% de todos los tumores pancreáticos. Se han reportado 14 casos de HFM pancreático, de los cuales 2 son del tipo células gigantes (Mai G. *Pancreas* 2002; 25: 320-4; Suster S. *Cáncer* 1989; 64:2303-8). **Informe del caso:** F 27ª. 15 días de evolución con distensión abdominal y dolor epigástrico urente. EF K:90% y abdomen distendido. La endoscopia reporta gastropatía antrofollicular. La TAC abdominal con tumor pancreático necrozado en su interior. Se realizó tumorectomía. Los hallazgos quirúrgicos son ascitis, tumor en la cara anterior del páncreas que se adhiere firmemente a la aorta, vena cava inferior y triada portal. El ETO reporta metaplasia ósea con células gigantes multicucleadas. **Resultados:** El reporte histopatológico definitivo es tumor de 6.5x5x5 cm HFM del tipo de células gigantes y angiomasoide, vimentina+, con lesión a menos de 10 mm del borde quirúrgico de resección. RT a abdomen superior 6Mv 50.04Gy. 1 año después asintomática. **Discusión:** El HFM del páncreas es in-

frecuente, de histopatogénesis incierta, más común en hombres y poco usual antes de los 40^a. La tasa de incidencia y sobrevida no están claramente determinados. Esta indicada la resección local radical con linfadenectomía. **Conclusiones:** El caso presentado es un sarcoma pancreático, actualmente clasificado como HFM del tipo células gigantes. Deberá ser distinguido del tipo epitelial del tumor pancreático de células gigantes osteoclastico.

TC-383

MALROTACIÓN INTESTINAL TIPO IIIA: INFORME DE UN CASO
Ortiz-González J. Departamento de Cirugía General del Hospital General de México, O.D., México, D.F.

Antecedentes: En 1923 Norman Dott señaló la primera correlación entre los datos embriológicos y clínicos de esta entidad. **Objetivo:** Reportar un caso de MALROTACIÓN intestinal tipo IIIA en un neonato. **Informe del caso:** Neonato masculino que inicia padecimiento actual a las 72 hrs de vida extrauterina, al presentar vómitos biliares, distensión abdominal e irritabilidad. Se mantuvo con soporte nutricional parenteral por una semana con gasto de material biliar por sonda orogástrica. La serie esófago-gastro-duodenal demostró dilatación gástrica y duodenal, con paso parcial del material contrastado al yeyuno-íleon. Es sometido a exploración quirúrgica al 7^o día de evolución. **Resultados:** La celiotomía exploradora reveló el ciego en posición media y alta adyacente al Treitz. Pedículo mesentérico que incluyó el duodeno, la parte media del colon transversal y los vasos mesentéricos superiores, así como datos de vólvulo crónico. Se realizó lisis de bandas coloduodenales, gastrotomía con paso de sonda de alimentación hasta 4^a porción duodenal y duodenotomía para corroborar permeabilidad hacia el yeyuno. **Discusión:** La malrotación IIIA consiste en rotación del duodeno con falta de rotación del colon, lo cual permite que aparezca un vólvulo del intestino medio. El tratamiento es quirúrgico y consiste en duodenotomía, procedimiento de Ladd y se recomienda apendicectomía. **Conclusiones:** El conocimiento preciso de la correlación clínico-embriológica de la enfermedad, permite un diagnóstico y tratamiento oportunos, lo cual asegura la supervivencia y la preservación del tracto digestivo para el sustento de la vida.

TC-384

CIRUGÍA BARIÁTRICA... ¿ES LA CURA PARA LA DIABETES MELLITUS II?

Argüelles J, Bernal H. Hospital General Lázaro Cárdenas ISSSTE, Chihuahua, Chihuahua

Antecedentes: Sobrepeso es definido como IMC entre 25–29.9 kg/m² (OMS), en el año de 1980 6% de los hombres y 8% de las mujeres en el Reino Unido eran obesos, en el año 2000 hubo un incremento a 21% y 21.4% respectivamente, en la actualidad aproximadamente un 55% de la población adulta padece de sobrepeso y obesidad. La obesidad causa o exacerba varios problemas de salud, entre ellos diabetes mellitus II, enfermedad coronaria y ciertos tipos de cáncer. La diabetes mellitus es un importante problema de salud, afectando a más de 150 millones de personas en el mundo y se espera que se duplique para las primeras décadas del tercer milenio. Está bien documentado, que un adecuado control de la glicemia, se acompaña de una reducción en las complicaciones de la DM, lamentablemente las terapias actuales incluyendo dieta, ejercicio, terapia conductual, hipoglicemiantes orales e insulina, rara vez mantienen a un paciente en un verdadero estado euglicémico. Hoy en día la cirugía bariátrica es el método más efectivo para lograr un control a largo plazo de la obesidad, los pacientes post-quirúrgicos mejoran en todas las comorbilidades relacionadas con la obesidad, incluyendo: diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias, esteatosis hepática no alcohólica, apnea del sueño, disfunción cardíaca, ERGE, pseudotumor cerebral, artritis, infertilidad, úlceras por estasis venosa. El efecto neto es un incremento en la calidad de vida y una disminución en la mortalidad. El costo estimado de la cirugía bariátrica, en comparación de una calidad de vida ajustada por año

(QAYL) varía de 5,400 US a 36,000 US para QAYL. **Métodos:** Revisión de datos existentes en la literatura, para investigar los efectos de la cirugía bariátrica en el metabolismo de la glucosa y en los cambios endocrinos que ocurren después de la cirugía bariátrica. Descripción del caso clínico. **Resultados:** Estudios con seguimientos a largo plazo han mostrado que el Bypass gástrico y la derivación biliopancreática, logran la normalización en los niveles de glucosa plasmática, de insulina plasmática y de hemoglobina glicosilada en 80–100% de los pacientes diabéticos obesos, usualmente a los pocos días después de la cirugía, es decir como un efecto primario y no secundario a la disminución de peso.

TC-385

TUMOR DESMOIDES, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Morales E, Orozco E, Medina O, Santana D, Duarte M. Departamento de Cirugía General, Hospital General Universitario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila, Torreón, Coahuila

Objetivo: Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 20 años, sin antecedentes de importancia. Con cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, en fosa iliaca izquierda, moderado, acompañado de anorexia, vómitos en dos ocasiones, posteriormente aparece dolor en fosa iliaca derecha. A la exploración física resistencia muscular, Mcburney positivo, peristalsis disminuida. Laboratorio: leucocitosis sin bandemia. Rx abdomen: con niveles hidroaéreos. Se somete a cirugía con diagnóstico preoperatorio de apendicitis teniendo como hallazgo quirúrgico: tumor de pared abdominal en fosa iliaca derecha de 50x40 mm indurado, fijo a pared, con necrosis, dependiente de fascia aponeurótica posterior de oblicuo mayor involucrando peritoneo y, adherida a apéndice epilóico en sigmoides. Se realizó resección por completo de tumor y apéndice epilóico, con evolución postquirúrgica satisfactoria. El reporte anatomopatológico fue de tumor desmoides de pared abdominal así como de apéndice epilóico en sigmoides. El seguimiento de la paciente a un año de haberse establecido diagnóstico es satisfactorio, sin evidencia de recidiva tumoral. **Conclusiones:** La incidencia de tumores desmoides es rara en la población, dependientes de tejido aponeurótico, con diversas distribuciones anatómicas siendo más frecuente en pared abdominal fosa iliaca derecha. Generalmente en mujeres jóvenes, en edad fértil, con puerperio reciente. La presentación clínica clásica es la presencia de tumoración dura en pared o intraabdominal asociado a dolor por invasión local. Es rara la asociación de desmoides de pared abdominal e intraabdominal, así como el tipo de presentación clínica como lo fue en este caso. Saber que el mejor tratamiento es la cirugía, y a pesar de esto con alta recidiva, la cual disminuye con una buena técnica quirúrgica. El tratamiento médico aún está en investigación.

TC-386

RABDOMIOSARCOMA RETROPERITONEAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Santana D, Medina O, García SR, Morales E, Duarte M. Departamento de Cirugía General del Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila. Torreón, Coahuila

Introducción: El rabdomiosarcoma es un tumor maligno de tejido blando de origen musculoesquelético, representa aproximadamente el 3.5% de los casos de cáncer en niños de 0 a 14 años de edad, y 2% entre adolescentes y adultos jóvenes entre 15 a 19 años de edad. Los sitios primarios más comunes donde aparece el rabdomiosarcoma son la cabeza y el cuello, el conducto genitourinario, y las extremidades. Otros sitios primarios menos comunes incluyen el tronco, la región intratorácica, el tracto gastrointestinal (incluyendo hígado y tracto biliar) y la región de perineo/ano. El pronóstico para un niño o adolescente con rabdomiosarcoma se relaciona con el sitio de origen y el grado e histopatología de la enfermedad. **Objetivo:** presentación de un caso y revisión de la literatura. **Presentación del caso:**

Se trata de paciente masculino de 18 años de edad, el cual inicia su padecimiento actual dos semanas antes de acudir a revisión médica con dolor moderado y aumento de volumen de miembro pélvico izquierdo lo que le condiciona dificultad para la deambulacion. A la exploración física se encontró edema marcado desde tobillo hasta ingle y godete positivo, pulsos distales de buena intensidad, siendo hospitalizado para estudio con diagnóstico de trombosis venosa profunda. Corroborando diagnóstico por imagen de Doppler que reporta disminución en el flujo de vena femoral desde tercio medio proximal hasta la región inguinal lo cual es compatible con proceso trombotico. Tratado con antiagregantes y heparinización, evolucionando hacia la mejoría parcial en el transcurso de una semana se decide egreso. Vigilado ambulatoriamente presentando nuevamente la sintomatología ya mencionada a la cual se le agrega pérdida de peso de 11 kg en un mes, evidenciándose tumoración abdominal de 15 a 18 cm localizado en FID de consistencia pétreo y fija a planos profundos y superficiales, no dolorosa. Se realiza TAC abdominal la cual reporta: tumoración primaria de retroperitoneo de origen sarcomatoso de 11.5 x 11 x 28 cm con desplazamiento de vena iliaca izquierda y trombosis de vena femoral superficial ipsilateral. Se somete a laparotomía exploradora encontrándose tumoración de 30 cm de diámetro, el cual rechaza ilion y colon transverso muy vascularizada con cápsula fibrosa adherida a planos adyacentes, con contenido grisáceo licuado en su interior así como tejido coagulado, encontrando también vasos iliacos colapsados. El estudio histopatológico reporta: tumor neoplásico maligno mesenquimatoso poco diferenciado, compatible con rhabdomyosarcoma. **Conclusiones:** Los rhabdomyosarcomas con tumores de tejidos blandos de comportamiento maligno que se presentan más frecuentemente en la infancia, se ha observado que entre más edad tenga el paciente su pronóstico es más desfavorable. El tratamiento definitivo es quirúrgico ya que es poco sensible a la quimio o radioterapia y el pronóstico es muy desfavorable.

TC-387

PERFORACIÓN GÁSTRICA NEONATAL ESPONTÁNEA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Núñez G, Duarte M, Medina O, Morales E. Departamento de Cirugía General del Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila. Torreón, Coahuila

Introducción: Von Sielbold en 1826 fue el primero en describir la perforación gástrica en el recién nacido. Sigue siendo un problema raro y se diagnostica en los primeros cinco días de vida. Recientemente se han asociado la prematuridad y la ventilación nasal como factores causales del trastorno. Shaw ha demostrado defecto en la capa muscular del estómago por estrés o anoxia. Y Touloukian ha señalado la relación entre necrosis gastrointestinal y asfisia, y demostrado isquemia selectiva en el estómago, zona distal del íleon y colon. **Objetivo:** Reporte de un caso y revisión de la literatura. **Presentación del caso:** Se trata de recién nacido masculino obtenido por cesárea el cual durante sus primeras horas de vida presenta dificultad respiratoria por lo cual requiere de apoyo respiratorio con posterior presentación de distensión gástrica con gran aumento del perímetro abdominal y datos de irritación peritoneal. La radiografía de abdomen muestra presencia de aire libre en cavidad sospechándose una perforación intestinal sometiéndose a laparotomía exploradora sospechándose perforación secundaria a necrosis intestinal. Teniendo como hallazgo una perforación de 3 mm en la cara anterior del estómago a nivel del antro. Se realizó cierre primario de la lesión y colocación de drenaje. Evolucionando satisfactoriamente el paciente manejándose con apoyo ventilatorio y nutricio egresándose con buena evolución a su domicilio. Se comprobó por histopatología la presencia de la isquemia y la perforación gástrica. **Conclusiones:** La perforación gastrointestinal neonatal representa un riesgo de muerte de un 40 a 70% de los casos. El pronóstico depende de los hallazgos patológicos, del tipo y de la severidad asociada a estas condiciones, el nivel de seguridad manejado en la operación y del nivel de madurez de los órganos. En los últimos 10 años, ha disminuido la mortalidad de niños con perforación gastrointestinal neonatal de un

39% a un 31%. La perforación gastrointestinal neonatal espontánea fue considerada una anomalía congénita por Herbut en 1943 cuando la pieza es estudiada y falta musculatura gástrica. Y es más común encontrar agenesia congénita de la musculatura de la curvatura mayor.

TC-388

NEOPLASIAS QUÍSTICAS DEL PÁNCREAS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Bermea N, Orozco E, Santana D, Medina O, Duarte M. Servicio de Cirugía General del Hospital de Especialidades No. 71 del CMN: Torreón del IMSS. Torreón, Coahuila

Introducción: Las tumoraciones quísticas de páncreas son neoplasias de muy baja incidencia, y representan entre el 2 y el 6% de los procesos tumorales pancreáticos según las series analizadas. La sintomatología es muy inespecífica y el cuadro clínico puede sugerir cualquier otra patología pancreática. **Objetivo:** Presentación de dos casos y revisar los reportes de la literatura. **Presentación de casos:** Caso 1. Paciente femenino de 17 años de edad con padecimiento de 6 meses de evolución con aumento del perímetro abdominal, malestar general, sensación de cuerpo extraño a nivel de mesogastrio y refiere además sensación pulsátil en abdomen superior. A la exploración física se encuentra tumor de aprox. 15x15x5 cm pulsátil de superficie lisa, así como esplenomegalia. Se realizó US hepático y de vías biliares el que reporta tumor quístico hepático y esplenomegalia. La TC abdominal demuestra tumor quístico de paredes gruesas dependiente de páncreas sin ninguna otra alteración. Se somete a laparotomía encontrando: múltiples adherencias del tumor a la pared posterior del estómago y asas intestinales, esplenomegalia de 25x35 cm, así como tumor quístico de aprox. 15x10x8 cm dependiente de cuerpo y cola de páncreas, el cual se reseca en su totalidad. El estudio histopatológico reporta: tumor quístico papilar-epitelial de páncreas totalmente resecado. Caso 2. Se trata de femenino en la 5ª década de la vida. Inicia su padecimiento 6 meses previos cuando nota tumor abdominal, pulsátil que va aumentando de tamaño, sensación de plenitud postprandial y pesantez epigástrica. A la exploración física se palpa masa abdominal epigástrica, lisa, móvil, no dolorosa a la palpación, pulsátil, sin determinar la dependencia de algún órgano en especial. El US abdominal reporta tumor quístico dependiente de páncreas de 15 x18 cm de longitud. TAC con imagen hipodensa de pared delgada en mesogastrio y epigastrio dependiente de cuerpo y cola de páncreas sin septos en su interior de 20 x 14 cm de longitud. Se realiza laparotomía encontrándose: tumor quístico de aprox. 21 cm de longitud que ocupa casi toda la totalidad del páncreas de pared gruesa, con adherencias firmes a la pared posterior del estómago, mesocolon transverso y epiplón gástrico, resecándose en su totalidad. Su reporte histopatológico: quiste pancreático con pared con fibrosis y calcificación distrófica, sin evidencia de malignidad. Ambas pacientes han tenido una evolución favorable hasta el momento. **Conclusiones:** Las neoplasias quísticas del páncreas son raras, y representan entre el 10 y el 15% de los quistes pancreáticos. Macroscópicamente se dividen en dos grupos: a) adenoma micro-quístico, tumor seroso, afecta a la población anciana, su diámetro varía entre 1 y 12 cm es múltiple, benigno sin potencial de malignización b), El adenoma macroquístico o cistadenoma mucinoso, se presenta en la población más joven (40-60 años) y tiene un predominio en las mujeres (4/1). El tumor se localiza en el cuerpo o la cola del páncreas. Las manifestaciones clínicas predominantes son dolor epigástrico, pérdida de peso, náusea y vómitos. El dato más relevante suele ser una masa abdominal palpable. El diagnóstico definitivo sólo puede efectuarse después de la resección del tumor y su análisis histológico.

TC-389

MANEJO QUIRÚRGICO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO GI-GANTE. REPORTE DE UN CASO

Díaz ZJ, De la Peña PC, Martínez BA, García LJ, Aguirre RR, Delgado CL. Servicio de Cirugía General del Hospital General de Acapulco, Guerrero

Introducción: Los pseudoquistes son colecciones de líquido pancreático y detritus, complicación de pancreatitis aguda grave. **Objetivo:** informar sobre el manejo médico-quirúrgico de una paciente con pancreatitis aguda y pseudociste pancreática. **Informe del caso:** Femenino de 26 años, sin antecedentes de importancia. Que inicia 3 días antes al ingerir alimentos colecistoquinéticos presenta dolor intenso epigástrico, transfixivo, retrosternal, náuseas y vómito gastrobiliar en varias ocasiones por lo que acude a nuestro hospital presentando facies álgica, palidez, deshidratación, ictericia conjuntival, taquicardia, hipoventilación basal izquierda, abdomen doloroso, Murphy (+) rebote (+) peristalsis disminuida; laboratorios: BT4.7; BD1.7; albúmina 3.4; amilasa 5,250 U; LDH 2,470; Ca.7.6; leucocitosis 16,400; trombocitosis 89,000; Hb10.9; US, reporta vesícula con múltiples litos en su interior de 7 mm, VB y páncreas normal, líquido libre en espacio de Morrison y fondos de saco. Se manejó médicamente en terapia intensiva durante 2 semanas donde evolucionó a forma grave incrementando las bilirrubinas, leucocitos, descenso de Hb 4.2, plaquetas 70,000, creatinina 4.1 y albúmina de 1.5, se realiza TAC vesícula con múltiples litos y 2 colecciones peripancreáticas en cara posterior de estomago de 5.4x5.1 y otra de 12x16 cm, al mejorar hemodinámicamente y cumplir 4 semanas realizamos cistogastroanastomosis, gastrostomía y yeyunostomía. Hallazgos: vesícula 8x4x2 con múltiples litos pequeños, colédoco de 1.5 cm y dos litos de 1.2 en colédoco distal, páncreas indurado, jabones, líquido de reacción peritoneal, quiste con 1,000 ml de líquido turbio y detritus. Se inició dieta por yeyunostomía al día siguiente, alta y retiro de sondas a la semana en CE. Evolución al momento favorable.

TC-390

UTILIDAD DE LOS MARCADORES TUMORALES EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE VÍAS BILIARES/PÁNCREAS

MC Gregor PC, Arceo VA, Torres GS

Paciente masculino de 47 años, con síndrome icterico, con pérdida de peso del 20% aproximadamente en los últimos seis meses, bilirrubinas totales de 22.7, por US el colédoco con dilatación de 13 mm, los marcadores tumorales con resultados de 3,875 UI/ml para CA 19-9, perfil viral hepático negativo. Se realiza CPRE y se encuentra amputación de colédoco distal, conducto pancreático normal. Se programa para cirugía con fines de derivación biliodigestiva, se explora vía biliar y como hallazgo se encuentra colédoco permeable durante la colangiografía transoperatoria. Por medio de endoscopia transoperatoria se confirma paso satisfactorio del dilatador de Bakes a duodeno, se efectúa colangiografía de control y resulta con defecto de llenado. Reexploramos nuevamente la vía biliar y se realiza maniobra de Kocher, duodenotomía y extracción del lito de 1.5 a 2 cm de forma cónica e impactado en ampulla de Vater, colocación de sonda en T. Posteriormente con evolución satisfactoria, e incremento ponderal y bilirrubinas en parámetros normales.

TC-391

HEPATOCARCINOMA

Ramos GJ, Chaurand LM, Flores CI. Hospital General de México, O.D.

Paciente femenino de 22 años de edad, quien inicia su padecimiento en febrero del 2003 con dolor abdominal de un mes de evolución, localizado en cuadrante superior derecho y acompañado de ictericia. Antecedente de cólico biliar un año previo. Cuadro clínico de ingreso con ictericia, fiebre, náusea, vómito, evacuaciones diarreas y dolor en hipocondrio derecho. En la exploración física se encuentra paciente con tinte icterico de tegumentos y escleras, mucosa oral deshidratada, abdomen doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, hepatomegalia. Se descarta hepatitis viral. US abdominal reporta colelitiasis y hepatopatía difusa. TAC abdominal con múltiples imágenes, hiperdensas en hígado y hepa-

tomegalia. Pruebas de funcionamiento hepático con bilirrubinas totales de 3.5 a expensas de la directa con 2.7, transaminasas elevadas, fosfatasa alcalina 412. Los marcadores tumorales con alfafetoproteína (AFP) de 20.4, antígeno carcinoembrionario (ACE) de 1.65, CA- 125 de 29.55. Sometida a laparotomía diagnóstica en la cual se encuentra tumoración hepática del lóbulo derecho, hígado con datos de cirrosis biliar, hepatomegalia que alcanza hipocondrio izquierdo, colédoco dilatado de 3 cm de diámetro y con tumoración en su interior. Se realiza cirugía biliodigestiva y toma de biopsia hepática. Patología diagnóstica un hepatocarcinoma bien diferenciado con extensas zonas de necrosis del lóbulo derecho del hígado.

TC-392

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE METS PULMONARES

Cisneros TE, Pantoja ME, Flores GI. Hospital General de México, O.D.

Paciente masculino de 31 años de edad, antecedente de orquiectomía derecha hace cuatro años sin seguimiento posterior. En marzo del 2002 inicia con ataque al estado general caracterizado por astenia, adinamia e hiporexia, tos seca en accesos, disneizante, no cianosante ni hemetizante, recibiendo múltiples tratamientos, en febrero del 2004 se realizan estudios de gabinete y se encuentra tumoración pulmonar izquierda de gran tamaño por lo que se inicia quimioterapia por tres meses. El 15 de Junio la tos aumentó de frecuencia e intensidad acompañándose de hemoptoicos, disnea y aumento al ataque al estado general, motivo por lo que se ingresa al Hospital General para resección de tumor el día 30. A la exploración física se encuentra con signos vitales estables, con palidez +, con amplexión y amplexación disminuidos del hemitórax izquierdo, vibraciones vocales normales a la percusión claro pulmonar y submatidez en región subescapular izquierda, ruidos respiratorios disminuidos en región interescapulovertebral izquierda, resto sin alt. Laboratorios de ingreso normales. Telerradiografía de tórax con tejidos blandos sin alteraciones, radiopacidad en hemitórax izquierdo en la región hilar y apical izquierda, derecho normal. TC de tórax con hiperdensidad en hemitórax izquierdo en región hilar y apical de 7 x 6 cm, resto sin alteraciones. Se realiza toracotomía el 01 de julio encontrando tumor de aproximadamente de 10 cm de diámetro, dependiente de lóbulo inferior de pulmón izquierdo. Se realiza tumorectomía y se deja tratamiento médico y pleurovac, posteriormente se retira y se egresa con cita a oncología.

TC-393

MUCOCELE Y ENDOMETRIOSIS APENDICULAR. REPORTE DE UN CASO

Bear-Morales FF, Gutiérrez GMC. Hospital Juárez de México. México, Distrito Federal

Antecedentes: La endometriosis intestinal es una causa de síndrome abdominal agudo en la mujer, y su localización en el apéndice es del 9%. El mucocele es una dilatación quística que contiene material mucoso y es causado tanto por padecimientos malignos como benignos. **Objetivo:** Reportar la inusual presentación de Mucocele y Endometriosis apendicular que coinciden en una misma paciente. **Método y resultados:** Paciente femenino de 28 años de edad eumenorreica quien se presentó con dolor tipo cólico localizado en fosa iliaca derecha, acompañado de náusea, vómito. A la EF Afebril, Por laboratorio mostró Leucocitosis y Neutrofilia. Por lo anterior se decide realizar apendicectomía y durante el transoperatorio se evidenció tumoración quística de 1 cm en la punta del apéndice. **Discusión:** El mucocele del apéndice se asocia con una proliferación de la mucosa, neoplásica o hiperplásica, y a una obstrucción, particularmente con endometriosis la cual es una causa infrecuente. **Conclusiones:** La existencia de mucocele y endometriosis apendicular es rara, se presentan como síndrome de abdomen agudo y su diagnóstico prequirúrgico es difícil.

TC-394

SANGRADO MASIVO DE TUBO DIGESTIVO COMO PRESENTACIÓN DE SEMINOMA TESTICULAR CON METÁSTASIS YEYUNALES

González JG, Vásquez JC, Fragoso MI. Servicio de Cirugía General. Hospital General Regional No. 110. IMSS Guadalajara, Jalisco, México

Antecedentes: El 5% de los tumores germinales afecta el tubo digestivo, y no es común su presentación con hemorragia del tubo digestivo que condicione inestabilidad hemodinámica. **Objetivo:** Presentar un caso de tumor testicular cuya primera manifestación fue sangrado de tubo digestivo con inestabilidad hemodinámica. **Presentación del caso:** Se trata de masculino de 29 años, que ingresó al servicio de urgencia con dolor abdominal, melena, astenia y adinamia. Ningún antecedente de importancia para el caso. En su evaluación inicial se encontró con palidez mucotegumentaria, hipotensión, y anemia con un Hb de 6.3 g/dl y Hto de 19.3%, se inició su manejo con transfusión de hemoderivados y sol. cristaloides hasta lograr la estabilidad hemodinámica, se inicia su protocolo de estudio, realizándose gastroendoscopia y colonoscopia sin encontrar evidencia de sangrado, la enteroscopia detecta un pólipa sangrante localizado en yeyuno proximal. La tomografía muestra una tumoración en intestino delgado. Se interviene quirúrgicamente encontrando 4 tumoraciones localizadas en Yeyuno-íleon efectuándose resección intestinal con anastomosis primaria. El reporte histológico fue: Tumor Germinal Mixto compuesto por un seminoma y coriocarcinoma. Se realiza Eco testicular el cual señala tumoración 2 x 2.5 cm en testículo derecho, procediéndose a la orquiectomía inguinal, con reporte histológico confirmando el diagnóstico. **Discusión:** Este caso presenta una forma poco común de presentación de neoplasias de origen en células germinales, y a la vez un reto diagnóstico ante la baja sospecha de tumor testicular.

TC-395

DIVERTÍCULO DE MECKEL PERFORADO POR UN HUESO DE POLLO, REVISIÓN DE LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO
Gutiérrez GGA, Sarmiento HO, Sastré LM, Zavala SR, Sepúlveda GCL. Hospital Regional Monterrey ISSSTE

El divertículo de Meckel tiene una incidencia de 0.3 y 2.5% en la población en general, se presenta en una relación hombre – mujer de 3 a 2. Se encuentra en niños a 40 cm de la válvula ileocecal y en adultos a 50 cm aprox. de ella. Es parte importante de los diagnósticos diferenciales de apendicitis aguda en la edad pediátrica y siempre debe de buscarse divertículo en un paciente sometido a una intervención quirúrgica por apendicitis en la que se encuentra una apéndice cecal normal, la asociación entre apendicitis aguda y divertículo de Meckel complicado simultánea es rarísima existiendo pocos reportes en la literatura. El divertículo de Meckel únicamente se manifiesta cuando presenta alguna complicación entre ellas encontramos la inflamación y ésta puede ser dada por la perforación de un cuerpo extraño en donde encontramos muy pocos reportes en la literatura en lo que refiere a un hueso de pollo como lo es en este caso. En la infancia, un niño con divertículo de Meckel tiene un riesgo del 4.2% de desarrollar síntomas, el cual desciende 3% en los adultos y prácticamente en cero en la edad avanzada. Presentación de caso: Varón de 73 años de edad sin antecedentes de importancia, inicia su padecimiento el día de su internamiento a urgencias con dolor abdominal periumbilical irradiado a fosa iliaca derecha sin agravantes ni atenuantes de 12 horas de evolución. A la exploración mucosas deshidratadas, taquicardia, resto S. V. Normales. Abdomen con peristalsis ausente, depresible a la palpación con rebote positivo en fosa iliaca derecha y región periumbilical, resistencia muscular involuntaria en dichas áreas, Mcburney (+), resto de exploración física anodinia. Tele de tórax : Aire subdiafragmático, leucocitosis de 17,500; DHL de 1,400 mg/dl, Na de 130, QS, PFH, amilasa, EGO y resto de BH dentro de parámetros normales. Se programa laparotomía exploradora encontrando un divertículo de Meckel a 65 cm de la válvula ileocecal perforado por un hueso de pollo incrustado de 6

cm con un extremo punzante, se realiza resección y entero-entero anastomosis término-terminal manual en dos capas se inicia dieta en 3 días, y alta sin complicaciones.

TC-396

HERNIA POSTINCISIONAL VENTRAL ASOCIADA A HERNIA UMBILICAL, HERNIA INGUINAL POR DESLIZAMIENTO Y HERNIA HIATAL

Navarro NF, Rivera J, Orta AR. Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Acámbaro, Gto.

Objetivo: Presentar el caso de masculino joven con diversas hernias asociadas de abdomen. **Presentación del caso:** Masculino de 47 años de edad, panadero, con dictamen de invalidez por gonartrosis gotosa y prótesis de cadera por necrosis avascular de cabeza femoral en mayo de 2000. Antecedente de apendicectomía los 18 años. Obesidad e hiperuricemia con gonartrosis desde los 30 años, hemorragia de tubo digestivo alto por gastritis medicamentosa, úlcera duodenal y hernia hiatal con ERGE II-III en mayo de 1998. Plastia inguinal izquierda y orquiectomía (dic. 99) por hernia inguinoescrotal por deslizamiento. Plastia umbilical (nov. 2000). Padecimiento actual: protrusión en fosa iliaca derecha de un año de evolución, acentuándose con esfuerzos y disminuyendo en reposo. Exploración física: Peso: 83 kg, Talla: 1.57 m. Cuello y tórax sin compromiso, abdomen moderadamente globoso por obesidad, con cicatriz quirúrgica transversa umbilical e inguinal izquierda sin protrusiones. Cicatriz oblicua en CID de 12 cm anfractuosa con protrusión subyacente de 20 x 16 cm parcialmente reductible, sin lograr delimitar defecto aponeurótico. Laboratorio : Biometría hemática, Química sanguínea III, Tiempo de Protombina: normales. Ac. úrico: 7.7 mg/dl. Se interviene quirúrgicamente el 29 mayo 2002. Hallazgos quirúrgicos: doble saco con doble defecto aponeurótico; un saco de 14 cm diám. conteniendo epiplón que se resecó con defecto aponeurótico de 6 cm diám. y otro saco de 16 cm diám. con defecto aponeurótico de 10 x 6 cm. Ambos defectos aponeuróticos delimitados por bordes moderadamente fibrosos de músculos oblicuos, transverso y aponeurosis correspondientes. Se cerraron defectos por planos: peritoneo con crómico 0, planos musculoaponeuróticos en un plano mediante súrgete continuo con polipropileno cal. 0. Se refuerza colocando banda doble de malla de polipropileno de 14 x 5 cm fijándola con puntos simples con polipropileno 00. Evolución postoperatoria satisfactoria. Se mantiene asintomático al respecto hasta julio 2004.

TC-397

COLECTOMÍA TOTAL POR ENFERMEDAD DIVERTICULAR. REPORTE DE DOS CASOS

Pineda AE, García GH, Luna AA, Salado SF. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE

Antecedentes: Enfermedad diverticular: herniación de capas del colon, por incremento de presión intraluminal; 95% en sigmoides. Se presenta en 1/3 de población > 45 años y 2/3 > 85. Por lo general asintomática, de manejo conservador. Diagnóstico clínico apoyado radiología (colonoscopia, enema baritado). **Reporte de casos:** Masculino de 47 años, 3 meses de evolución con dolor abdominal, distensión, hematoquesia, cuadros similares 3 años previos. Se protocoliza con colonoscopia y colon por enema diagnosticando enfermedad diverticular de todo el colon. Se realiza cirugía colectomía total, con íleo recto anastomosis latero terminal en 2 planos, con sutura manual, primer plano con vicryl 3-0 Conell Mayo y segundo con seda 3-0 Lambert. Buena evolución. — Masculino de 51 años, 12 horas de evolución con rectorragia, dolor abdominal, hematoquesia de 5 años de evolución. Se protocoliza con colon por enema y colonoscopia evidenciando divertículos en todo el colon, se realiza cirugía colectomía total, con íleo recto anastomosis latero terminal con engrapadora circular de 33 mm, segundo plano con seda 3-0 Lambert. Evolución satisfactoria. **Discusión:** En jóvenes ocurre presentación más severa; un ataque de diverticulitis es indicación para

cirugía; debiendo operarse electivamente, ya que la morbimortalidad aumenta en urgencia. **Conclusiones:** La cirugía se indica en pacientes con agudización o complicaciones. La técnica quirúrgica depende de la extensión, segmento afectado y experiencia del equipo quirúrgico.

TC-398

NEUMATOSIS INTESTINAL, REPORTE DE UN CASO

Pineda AE, Salado SF, Espinosa MF. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE. México, D.F.

Antecedentes: Neumatosis quística intestinal (NQI): Presencia de quistes mucosos y submucosos con gas (nitrógeno, hidrógeno, oxígeno, dióxido de carbono, butano, propano, metano, etano y argón) en la pared del sistema gastrointestinal. Evolución benigna, curso asintomático; causa neumoperitoneo espontáneo (30%). Afecta varones, 5ta y 6ta década. Se presenta en cualquier parte del tracto digestivo. El 15% es primaria, 85% secundaria, acompañando a enfermedades sistémicas. Sintomatología inespecífica (molestias abdominales difusas, diarrea, distensión). **Caso clínico:** Masculino de 94 años, 2 días de evolución con dolor abdominal intenso, súbito, cólico, generalizado, distensión abdominal y dificultad para evacuar. EF: inquieto, quejumbroso, mal estado general, abdomen con distensión, resistencia muscular, timpánico, Von Blumberg (+), peristalsis disminuida. Leucocitos 12,000. Se realiza LAPE con hallazgos de quistes múltiples en yeyuno e íleon, epiplón y mesenterio con enfisema, divertículo de sigmoides no complicado; se toma biopsia. Evolución adecuada, egresando con manejo dietético. Patología corrobora diagnóstico NQI. **Discusión:** La NQI tiene evolución benigna, con regresión de los quistes, menos frecuente la cronicidad. Diagnóstico endoscópico y radiológico. Sin tratamiento específico. Cirugía reservada para formas de malnutrición, rectorragias u oclusión. **Conclusiones:** Patología de baja frecuencia que debe considerarse ante neumoperitoneo espontáneo como diagnóstico diferencial y establecer, actitud conservadora. La cirugía sería necesaria en casos de síntomas persistentes, que no ceden con tratamiento conservador.

TC-399

LEIOMIOSARCOMA DE INTESTINO DELGADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Sarmiento HO, Zavala SR, Sastré LM, Guajardo GG, Becerra EJJ, Cardoso LN, Martínez GJC. Hospital Regional Monterrey del ISSSTE

Aunque el intestino delgado representa un 75% del aparato digestivo, sus tumores representan sólo el 3-6% de los tumores gastrointestinales. El leiomioma representa el 1% de los tumores malignos gastrointestinales. Forma parte de los tumores mesenquimales de origen muscular y su forma de presentación es hemorragia, obstrucción o invaginación. La resección quirúrgica es factible y su supervivencia a 5 años es del 50-60%. **Caso clínico:** Masculino de 83 años el cual presenta 6 meses antes de su ingreso evacuaciones melénicas abundantes y síndrome anémico, por lo que se solicita endoscopia superior con reporte de gastritis leve. Colonoscopia con enfermedad diverticular de sigmoides no complicada y gammagrafía con eritrocitos marcados reporta probable angiodisplasia en fosa iliaca izquierda. Se realiza laparotomía con resección y anastomosis de sigmoides sin complicaciones. Reaparecen los síntomas 7 días después requiriendo múltiples hemotransfusiones. Se solicita TAC de abdomen reportando tumoración probable de colon descendente, y posteriormente angiografía mesentérica la cual demuestra tumoración vascularizada de 5 por 4 cm irrigada por ramas yeyunales de la mesentérica superior, probable leiomioma. Se somete a laparotomía encontrando lesión de 5 x 4 cm a 30 cm del ángulo de Treitz la cual se reseca en su totalidad y realizando enteroanastomosis. Patología reporta leiomioma de bajo grado con límites quirúrgicos libres de tumor. Evolución sin complicaciones y con recuperación de cifras de hemoglobina (11 mg/dl). Se canaliza al servicio de oncología médica donde es tratado con quimioterapia.

TC-400

ENFERMEDAD DE CAROLI Y QUISTE DE COLÉDOCO. REPORTE DE UN CASO

Salado SF, Palacio VF, Pineda AE, Argüelles HJL. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". ISSSTE, México, D.F.

Introducción: La enfermedad de Caroli (EC) dilatación congénita no obstructiva de los conductos biliares intrahepáticos segmentarios de mayor tamaño. Dos formas: la pura o simple, y la combinada o compleja (síndrome de Caroli) asociada a fibrosis hepática congénita. Se han descrito, además, algunos casos de EC en asociación con quistes de colédoco (QC). **Caso clínico:** Se trata de paciente masculino de 47 años de edad con diagnóstico de EC asociado a QC. Se realizó protocolo de estudio. Sometido a cirugía para extirpación de QC. Evolución postoperatoria sin complicaciones. **Discusión:** La EC suele manifestarse en forma de episodios de fiebre bilioséptica, sin dolor abdominal ni ictericia, a veces separados por intervalos prolongados libres de síntomas, por esto es difícil su diagnóstico. En el QC alrededor de 2/3 presentan síntomas en la infancia, y hasta un 50% se diagnostican en la edad adulta. La tríada clásica de ictericia, dolor y masa abdominal es rara. Es más frecuente el dolor abdominal, pudiendo debutar como pancreatitis aguda. **Conclusiones:** El tratamiento médico de la EC es la antibiótico-terapia, así como la prevención y tratamiento de las litiasis intraquísticas; el quirúrgico es la segmentectomía, lobectomía o hepatectomía total para evitar complicaciones y la degeneración maligna, si se agrega quiste de colédoco la resección hepática debe completarse con anastomosis hepaticoyeyunal.

TC-401

HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR. REPORTE DE UN CASO

Salado SF, Revilla CH, Parra DR, Pineda AE, Magadán SH. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza" ISSSTE. México, D.F.

Introducción: La hipertensión renovascular generalmente se presenta en pacientes jóvenes entre los 20 y 50 años de edad. Su incidencia representa menos del 1% de los casos de HTA moderada y del 10 al 45% de los casos con hipertensión arterial (HTA) severa, aguda y refractaria. **Caso clínico:** Masculino de 19 años de edad, con baja respuesta a tratamiento médico antihipertensivo. Se realiza protocolo de estudio. Es sometido a cirugía con diagnóstico preoperatorio: 1) hipertensión renovascular. Con buena evolución es egresado con manejo médico antihipertensivo. **Discusión:** Uno de los problemas que debe enfrentar el médico es que no todas las estenosis de arteria renal se asocian con hipertensión renovascular. Por otro lado, pacientes con hipertensión esencial pueden tener una estenosis de arteria renal no significativa o tener asociada una hipertensión renovascular. La enfermedad renal isquémica, producida por compromiso estenótico múltiple de la vasculatura renal, se manifiesta por daño renal y no necesariamente una HTA. **Conclusiones:** A pesar de la baja incidencia de este padecimiento, se debe sospechar en pacientes que cuentan con factores de riesgo. El efecto que produce el captopril en la hipertensión renovascular por estenosis de arterias renales. La indicación quirúrgica de estos pacientes es la alta incidencia de IRC y las complicaciones sistémicas que conllevaría la HTA, así como el difícil manejo médico de estos pacientes.

TC-402

ESOFAGECTOMÍA TRANSHIATAL CON TÉCNICA DE AKIYAMA PARA CA DE TERCIO DISTAL DE ESÓFAGO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Verástegui SHJ, Medina ES, Sarmiento HO, Sastré LM, Martínez GJC. Hospital Regional Monterrey del ISSSTE

El carcinoma de esófago se considera un tumor en extremo agresivo y de mal pronóstico, con las técnicas quirúrgicas actuales, la expectativa de curación ha mejorado o se logra una buena calidad paliativa. Hasta 80% de los carcinomas esofágicos son de células esca-

mosas y la mayoría se localiza en tercio medio o distal. En 80% de los pacientes el síntoma principal es disfagia. La endoscopia permite localizar el tumor y toma de biopsia. La cirugía es el tratamiento para los pacientes con tumor resecable. La supervivencia a 5 años es de 80%. **Caso clínico:** Masculino de 48 años con 14 meses de evolución que inicia con disfagia a sólidos y pérdida de peso importante. En protocolo de estudio se realiza endoscopia superior con toma de biopsia la cual reporta tumoración en tercio distal de esófago de 8 a 10 cm. La biopsia reportó carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado. Se somete a quimioterapia y radioterapia neoadyuvante y se programa para esofagectomía total transhiatal con ascenso gástrico con engrapadoras, la cual ocurre sin eventualidades en el transoperatorio. En el postoperatorio presenta fístula esófago cutánea cervical la cual cede con tratamiento conservador. Se egresa a su domicilio tolerando la vía oral de forma adecuada al trigésimo día postquirúrgico.

TC-403

LINFOMA PRIMARIO DE BAZO

Senties CS, Gómez BF, Hernández MA, Robles SM. Hospital General Regional No. 25 Ignacio Zaragoza, IMSS

Antecedentes: El linfoma primario de bazo se define como una neoplasia de linfocitos B pequeños que rodea y reemplaza el centro germinal de la pulpa blanca presenta una morfología caracterizada por infiltración pleomórfica de linfocitos pequeños en zona marginal de células B, es más frecuente en el adulto mayor femenino y, está asociado a enfermedades autoinmunes. El linfoma esplénico primario se piensa que se origina en el bazo, y la extensión de la enfermedad se concentra en el bazo con la implicación ocasional de los nódulos linfáticos hiliares. Esta presentación ocurre en menos del 1% de los casos del linfoma no Hodgkin. La esplenomegalia es la característica más prominente de este proceso y la adenopatía periférica está ausente. **Presentación:** Femenino de 59 años de edad, hipertensa desde hace 4 años, inicia desde hace mes y medio antes de su ingreso con dolor abdominal de moderada intensidad, localizado en flanco izquierdo, constante, así como pérdida de peso de 5 kilos en 4 meses, así mismo presenta disminución de consistencia y calibre de evacuaciones de mismo tiempo de evolución. A su ingreso presenta palidez de tegumentos, y dolor abdominal a la palpación de flanco derecho, con lo que aunado a la pérdida ponderal de 5 kilos en 4 meses se ingresó a medicina interna con el diagnóstico de pb CA de Colon. Los exámenes de laboratorio (DHL 659, Leuc 6200, Hb 11) solicitados a su ingreso sólo correlacionaron la leve disminución de las cifras de hemoglobina, mas sin embargo se encontraba con anisocitosis, hipocromia, y poiquilocitosis. Y elevación de la deshidrogenada láctica, se pensó como causa de la anemia la pérdida de sangre por sangrado activo silente en tubo digestivo, por lo que se solicitó sangre oculta en heces, siendo ésta negativa. La colonoscopia realizada en días posteriores reporta compresión extrínseca de ángulo esplénico, posteriormente en la tomografía computada se observan lesiones esplénicas múltiples, en relación probablemente a zonas de infarto, bazo de 112 x 155 mm, patrón parenquimatoso heterogéneo, múltiples imágenes hipodensas en forma redondeada, sin crecimientos ganglionares, ni colecciones libres ni tumor colónico aparentes. Se realiza USG abdominal, reportando datos en relación a *Candidiasis* esplénica vs infiltración por probable primario esplénico. Se programa evento quirúrgico con diagnóstico de infarto esplénico, cirugía programada esplenectomía. Como hallazgos se obtuvieron bazo 15 x 15 cm con absceso de 500 cc, que drena a cavidad a la manipulación. Se encuentra en la superficie de segmento 4 hepático a 3 cm de borde inferior, lesión de 0.5 cm de color oscuro, bordes irregulares, lisos, indurada, se toma biopsia excisional de dicha lesión. El diagnóstico final de Patología es linfoma primario de bazo.

TC-404

ÍLEO BILIAR

Senties CS, Gómez BF, Hernández MA, Robles SM. Hospital General Regional No. 25. "Ignacio Zaragoza". IMSS

Antecedentes: El íleo biliar es la oclusión intestinal provocada por la impacción de un cálculo en su luz; fue descrita por primera vez por Bartholin en 1654. Constituye el 2% de las causas de obstrucción intestinal, siendo mucho más frecuente en los ancianos; el 23% de los casos ocurre en los mayores de 70 años. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres en una relación 4:1. De los cálculos que ingresan al intestino el 10% aprox. son responsables de obstrucción ya que deben medir más de 2.5 cm de diámetro para provocarla. Se presenta como complicación de la coledocistitis que termina fistulizándose al tubo digestivo, la mayoría de las veces como fístulas colecistoduodenales, seguidas en frecuencia por las fístulas colecistocólicas y más raramente colédoco-duodenales y colédococólicas. El diagnóstico es fundamentalmente radiológico y se basa en los 4 signos radiológicos descritos por Rigler en 1941: 1) Aerobilia, 2) Distensión de asas delgadas con niveles hidroaéreos, 3) Visión directa del cálculo y 4) Cambio en la situación topográfica del cálculo. El tratamiento del íleo es urgente y sólo debe retrasarse para compensar hidroelectrolíticamente al paciente y el primer objetivo es resolver la obstrucción realizando una enterotomía longitudinal en el borde antimesentérico y proximal al cálculo que se encuentra generalmente en el íleon terminal. **Presentación:** Masculino de 60 años de edad, diabético de 16 años tratado con hipoglucemiantes orales, ingresa a urgencias por descompensación de niveles de glucemia, (401 mg/dl) y desequilibrio hidroelectrolítico, un día posterior a su ingreso presenta dolor abdominal vago localizado en epigastrio, tipo cólico, con remisiones y exacerbaciones y vómitos intermitentes, de contenido gástrico, posteriormente gastrobiliar, el abdomen se encuentra distendido, con timpanismo generalizado, sin peristaltismo. En la placa simple de abdomen se observa dilatación de asas de intestino delgado, con niveles hidroaéreos, se realiza tomografía computada en donde se reporta divertículo perforado. Se ingresa a quirófano para realizar laparotomía exploradora, como hallazgos: Se explora cavidad encontrando plastrón en área perivesicular, lito de 4 cm de diámetro enclavado a 80 cm del Treitz, con distensión de asas proximales. Se realiza enterotomía longitudinal proximal al lito, con cierre primario transversal. La evolución en el postoperatorio fue favorable, requiriendo sólo 2 días de ayuno y sólo manejo para el dolor.

TC-405

CUERPO EXTRAÑO EN EL APÉNDICE CECAL

Guzmán LJR, Prado VRB, Calderón JR, Salazar BMA. Hospital General Regional No. 1; IMSS. Cuernavaca, Morelos

Informe de caso clínico: Se trata de un paciente masculino de 20 años de edad, sin antecedentes de importancia, el cual ingiere accidentalmente un cuerpo extraño (alfiler), por lo que es llevado a urgencias, se toma placa radiológica que muestra el cuerpo extraño en el cuadrante superior derecho, al no contar con endoscopista se decide su ingreso para su vigilancia. Se toman placas radiológicas seriadas que muestran progresión del cuerpo extraño en el tubo digestivo por lo que se mantiene en observación del 4° al 7° día de estancia el control radiológico muestra el cuerpo extraño en el cuadrante inferior derecho, se solicita colonoscopia que no puede terminarse por preparación insuficiente del colon, se prepara nuevamente el colon y se repite la endoscopia, se observa el ciego e incluso se introduce el colonoscopio al íleon a través de la válvula ileocecal sin poderse localizar el cuerpo extraño. Se lleva a laparotomía exploradora, se toman marcas radiológicas, se continua exploración manual de íleon, ciego y colon, localizándose finalmente el cuerpo extraño con la cabeza del alfiler ubicada en la punta del apéndice cecal, se realiza apendicectomía, se cierra el abdomen por planos, su evolución es satisfactoria por lo que se egresa a su domicilio. Se toma radiografía del apéndice mostrando el cuerpo extraño y se corrobora la presencia de éste en el estudio histopatológico. Consideramos que en este caso en particular la palpación del cuerpo extraño fue fundamental para la resolución del caso.

TC-406

MANEJO ENDOSCÓPICO DE TUMOR DE KLATZKIN. REPORTE DE UN CASO

Zarandona LM, Cerda CL, Mar CHR, Contreras GA, Medrano GA, Méndez OC, Torres FM. Servicio de Cirugía del Hospital General de Tampico, Tamps.

El colangiocarcinoma en México ocupa el lugar 22 de todas las neoplasias. 90% son adenocarcinomas de lento crecimiento con extensión directa a estructuras vecinas, se utilizan como marcadores el Ca50 y Ca I9.9. Clasificación según su disposición en el árbol biliar según Bismuth y Corlette. Tratamiento quirúrgico y endoscópico son los manejos a seguir. **Objetivos:** Reporte de un caso de manejo endoscópico. **Reporte del caso:** fem de 64 años de edad, 1 mes y medio con astenia, fiebre, pérdida de peso, 1 semana con ictericia, coluria, acolia y dolor abdominal. A la EF: Con desnutrición, ictericia +++++, dolor en hipocondrio derecho, Murphy positivo. Sin masas palpables. US: dilatación de vías biliares intra y extrahepática, colédoco 1.6 cm. TAC: páncreas normal, sin lesiones metastásicas. Laboratorio: Hiperbilirrubinemia de 26.2 mg a expensas de BD: 24.7 mg Hipoproteinemia de 4.3 g, hipoalbuminemia de 1.4 g, Alb/Glob: .4 CPRE: Estenosis en tercio medio y superior de colédoco. Se realizó esfinterotomía de 5 mm e introduciendo prótesis de 7 cm de longitud de diámetro 10 Fr. **Resultados:** 2 días después de la colocación del Stent disminuyó la hiperbilirrubinemia hasta 10.5 mg de BT y 9.1 mg de BD. **Conclusiones:** La patología de la paciente se clasificó como tumor de Klatzkin tipo I según Bismuth y Corlette. **Discusión:** Manejo vía endoscópica por la necesidad urgente de derivación de la vía biliar, sin posibilidad de manejo quirúrgico debido a su estado de desnutrición grave y a la falta de arteriografía, para verificar criterios de irresecabilidad como son: 1. invasión a arteria hepática, 2. invasión a ganglios linfáticos, 3. metástasis a distancia, 4. extensión bilateral a ambos hepáticos, 5. extensión a parénquima hepático.

TC-407

TERATOMA DE MESENTERIO. REPORTE DE UN CASO

Contreras GA, Zarandona LM, Medrano GA, Méndez OC, Pérez AC, Lerma A, Cerda CL. Departamento de Cirugía General. Hospital Universitario de Tampico, Tamps.

Introducción: Los teratomas son neoplasias que surgen de una célula germinal multipotencial que puede tener origen gonadal principalmente, o raras veces extragonadal y se ubican la mayoría de las veces en la línea media a nivel del retroperitoneo, mediastino, glándula pineal. Pueden aparecer como lesiones quísticas benignas bien diferenciadas o como sólidas malignas. **Objetivos:** Reporte de un caso de teratoma maduro mesentérico. **Reporte de un caso:** Se trata de pte pediátrico de 6 meses sin antecedentes perinatales, ni patológicos de importancia, acude al servicio de urgencias por náuseas, vómitos de contenido alimentario, ausencia de evacuaciones, no fiebre u otra sintomatología EF: eutrófico, con distensión abdominal, peristalsis presente, evacuación escasa nl, Rx con distensión de asas de intestino delgado, lab discreta leucocitosis, USG. Evolución clínica satisfactoriamente con manejo médico. Se logra palpar masa abdominal desplazable 15 cm aprox, se realiza tránsito intestinal con compresión anterior de asas intestinales. **Resultado:** Se interviene Qx y se extrae tumor quístico de 18 cm de diámetro dependiente de mesenterio; evolución Postqx satisfactoria. Patología: teratoma maduro. **Conclusiones:** Los tumores que se originan entre las hojas del mesenterio son muy raros. Los tumores primarios pueden ser quísticos o sólidos. Se originan de diversos tejidos que incluyen linfáticos, vascular nervioso o conjuntivo. Además es posible que las neoplasias quísticas provengan de restos embrionarios como el enteroceles o el teratoma.

TC-408

ADENOMA PLEOMORFO DE GLÁNDULA SUBMAXILAR EN SENIL

Navarro NF. Hospital General de Subzona con Medicina Familiar No. 13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Acámbaro, Gto.

Introducción: Las tumoraciones o masas del cuello despiertan gran interés en el cirujano por el buen juicio y criterio que hay que tener en su estudio, manejo y tratamiento. **Objetivo:** Presentar el caso de una tumoración de glándula submaxilar que abarcó hasta hueco supraclavicular en una paciente senil, extirpada bajo anestesia local en forma exitosa. **Material y método:** Se presenta el caso de femenino de 81 años de edad. Gesta 0, Para 0 Prob. Brucelosis en 1994 y mordedura de serpiente en pierna izq. en 1996. Con padecimiento de 12 años de evolución con la aparición de aumento de volumen submaxilar derecho, indoloro, con crecimiento paulatino. Sin ataque al estado general ni otra sintomatología acompañante. En la E.F.: senil, adoncia completa. Tumoración ovoidea de 8 x 7 x 5 cm aproximadamente en cara lateral derecha de cuello, desde ángulo submaxilar hasta tercio distal de esternocleidomastoideo, subcutánea, blanda, no renitente, indolora, ligeramente desplazable en plano horizontal, poco en plano vertical, con latido transmitido, sin adenomegalias regionales. Laboratorio: Hb. 12, Ht.: 37, Leucocitos: 4,800 Segm. 60 Gpo. Sanguíneo .0+. Glucosa: 104 mg/dl. Úrea: 64 mg/dl. Creatinina: 1.1 mg/dl. Ácido úrico: 5.4 mg/dl. Radiografías simples de cuello: aumento de volumen de partes blandas. Se interviene quirúrgicamente el 12 de mayo de 2004. Hallazgos quirúrgicos: con anestesia local se realiza incisión oblicua de 6 cm. En tercio medio de cara lateral derecha del cuello, para extirpar tumoración ovoidea, blanquecina de 6 x 5 x 5 cm, subyacente a músculo cutáneo del cuello y fascia cervical media, sólida, bien encapsulada, localizada en tercio superior, medio y parte del tercio distal de cara lateral derecha del cuello, adherida a glándula submaxilar (hipotrófica), nervio auricular mayor, vena yugular externa y fascia de paquete vasculonervioso del cuello. **Resultado histopatológico:** Adenoma pleomorfo de glándula salival. Evolución postoperatoria muy satisfactoria, se mantiene asintomática. Se presentan fotografías del caso.

TC-409

SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES ASOCIADOS A CÁNCER DE OVARIO. REPORTE DE UN CASO

Peralta DN, Landetta GJ, Alcalá MF, Landetta GA, Paniagua VG. Grupo Especialidades Médicas Santa Inés. México, D.F.

Antecedentes: El cáncer de ovario es la 2a. causa de muerte por neoplasia maligna ginecológica sólo después del cáncer cervicouterino. La mayor parte de los casos cursan asintomáticos en su inicio o experimentan síntomas gastrointestinales inespecíficos mínimos o presión pélvica. En etapa avanzada se presenta dolor pélvico y frecuentemente como masa palpable con ascitis. **Informe de caso:** Paciente 67 años edad, con dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio, náuseas, vómito postprandial tardío, pérdida de peso importante de 6 meses de evolución. Exploración abdominal masa palpable en epigastrio y líquido de ascitis. Se indica panendoscopia encontrando mucosa gástrica normal, pero con poca distensibilidad de cuerpo y antro. Se realizó TAC abdomen que evidenció tumoración en ligamento redondo que comprimía pared gástrica, así como 2 tumoraciones dependientes de ambos ovarios. Se realizó laparoscopia diagnóstica evidenciando Neoplasia maligna ovario bilateral con extensión a peritoneo parietal, ligamento redondo, omento mayor y diafragma. Reporte histológico: Adenocarcinoma ovárico. **Conclusiones:** En toda paciente postmenopáusica con dolor abdominal crónico o manifestaciones gastrointestinales sin etiología clara, deberá considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales la patología ovárica maligna, y realizarse los estudios clínicos (exploración ginecológica) y de extensión que permitan detectar esta neoplasia.

TC-410

HEMORRAGIA MASIVA DE TUBO DIGESTIVO BAJO. CAUSAS POCO FRECUENTES. REPORTE DE UN CASO

Peralta DN, Landetta GJ, Alcalá MF, Landetta GA, Paniagua VG. Grupo Especialidades Médicas Santa Inés. D.F.

Antecedentes: La hemorragia de tubo digestivo bajo (HTDB) se define como aquel en que el origen dentro del intestino se encuentra distal al ángulo Treitz. Uno de los principales problemas es definir su etiología más común. Las causas principales se consideran: Enfermedad diverticular colónica, malformaciones vasculares mucosas, neoplasias y procesos inflamatorios o infecciosos. **Objetivo del estudio:** Mostrar causas poco frecuentes de hemorragia de tubo digestivo bajo. **Informe del caso:** Masculino 81 años edad con hematoquezia abundante de 12 h de evolución, con datos de choque hipovolémico a su ingreso al hospital. Antecedente de úlcera duodenal sangrante dos años antes, y portador de prótesis mitral con anticoagulación crónica con warfarina. Por el antecedente se realizó panendoscopia la cual no evidenció sitio de sangrado. Se realizó colonoscopia inmediatamente después encontrando pancolitis con múltiples zonas ulceradas y sangrado activo abundante, por lo que se realizó colectomía subtotal con cierre distal e ileostomía. **Conclusiones:** La hemorragia de tubo digestivo masivo en pacientes ancianos implica una alta tasa de morbilidad. En general pacientes que requieren más de 4 paquetes globulares en 24 h para mantenerse hemodinámicamente estables, o aquéllos cuyo sangrado no cede en 72 h, requieren de tratamiento endoscópico o quirúrgico. Deben considerarse siempre causas poco frecuentes en la etiología de la HTDB.

TC-411

LESIÓN CARDIACA PENETRANTE EN EL HOSPITAL GENERAL DE IRAPUATO, GTO

Pérez GJM, González HMA, Díaz MDA, Torres BVS, Téllez LA. Hospital General de Irapuato

Objetivo: Presentar caso de lesión cardiaca penetrante en Hospital de 2º. Nivel. **Diseño:** Informe de caso. **Sede:** Hospital General de Irapuato, Gto. **SSG.** **Descripción de caso:** Masculino de 18 años de edad, con antecedente de herida por arma blanca en región media esternal por arriba de apófisis xifoides a nivel del 6º espacio intercostal; arribó al servicio de urgencias 35 a 40 minutos posterior al incidente presentando hipotensión arterial, frémito y estado de choque, se realizó pericardiocentesis extrayendo 20 cc de sangre, mejorando clínicamente, EKG que reveló alteraciones en el segmento S-T y disociación electromecánica, tele de tórax con cardiomegalia, elevación de transaminasas; se efectuó toracotomía antero lateral izquierda encontrando lesión de ventrículo derecho grado V (AAST), cardiografía con prolene 3-0; UCI y hospitalización 8 días y alta a su domicilio; neumotórax izquierdo recidivante 15 días después resuelto con sonda de pleurostomía. Control con ecocardiograma sin complicaciones. **Conclusión:** Los datos clínicos aunados a la pericardiocentesis oportuna establecen el diagnóstico de lesión cardiaca, y basados en un alto índice de sospecha deberá realizarse exploración quirúrgica con prontitud; de esta manera el pronóstico será favorable para el paciente. Por lo que el cirujano general debe tener habilidad técnica y los recursos para poder realizar el tratamiento resolutivo.

TC-412

LESIÓN DE CORAZÓN POR TRAUMA PENETRANTE: INFORME DE UN CASO

Díaz MDA, Pérez GJM, González HMA, Torres BVS, Téllez LA. Hospital General de Irapuato

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con lesión de corazón por trauma penetrante, en un hospital de 30 camas. **Diseño:** Informe de caso. **Sede:** Hospital Regional del Suroeste, Pénjamo, Gto. **SSG.** **Descripción del caso:** Paciente masculino, 27 años de edad, campesino, al presentar crisis convulsiva cae sobre azadón condicionándole herida penetrante de tórax a nivel del 5º espacio intercostal, línea paraesternal izquierda; ingresó a urgencias 30 minutos después de la lesión, con datos clínicos que integraron triada de Beck, tele de tórax con ensanchamiento mediastinal, EKG con alteraciones del segmento S-T, pericardiocentesis positiva; se realizó toracotomía anterolateral izquierda encontrando lesión penetrante del ventrículo izquierdo que

correspondió a lesión grado V (AAST); cardiografía de ventrículo izquierdo con puntos en "U" con prolene 3-0; presentó hemotórax residual resuelto mediante recolocación de sonda pleural. La estancia hospitalaria fue de 9 días, seguimiento con ecocardiografía sin encontrar complicaciones intracardiacas en el periodo postoperatorio tardío. **Conclusión:** El diagnóstico correcto y oportuno de una lesión traumática de corazón se debe sustentar en la clínica; la exploración de la cavidad pericárdica está indicada en quien se sospecha lesión cardiaca, y si se cuenta con los recursos técnicos y humanos requeridos. El cirujano general tiene la posibilidad de enfrentar en cualquier momento un problema de esta naturaleza.

TC-413

MANEJO DE LESIONES DE VÍAS BILIARES. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ESPECIALIDADES NO. 25, MONTERREY, NUEVO LEÓN

Méndez JA, Arizpe FD, Barrera HYA. Servicio de Cirugía Digestiva y Endocrino. Centro Médico Nacional Noreste, Monterrey, Nuevo León

Objetivo: Dar a conocer la experiencia en el manejo de las lesiones postquirúrgicas de las vías biliares en el Hospital Regional de Especialidades No. 25, Centro Médico Nacional Noreste, Monterrey, Nuevo León. **Material y métodos:** Con el objeto de conocer la incidencia, protocolo de estudio y manejo quirúrgico de lesiones de vías biliares, se efectuó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y abierto de enero de 1999 a mayo del 2004 en el Servicio de Cirugía Digestiva y Endocrino del Hospital de Especialidades No. 25 del Centro Médico Nacional del Noreste, Monterrey, Nuevo León, de todos los pacientes con lesiones de la vía biliar manejados quirúrgicamente con derivación biliodigestiva. Del expediente clínico se analizó edad, sexo, origen de la lesión (colecistectomía abierta, colecistectomía laparoscópica, etc.), tipo de lesión (clasificación Bismuth), cuadro clínico, protocolo de estudio, tratamiento quirúrgico y morbilidad. Se excluyeron aquellos pacientes que presentaban lesión de etiología maligna, y aquéllos en los cuales no se localizó su expediente clínico. **Resultados:** De un total de 52 pacientes, sólo se estudiaron 45 pacientes con lesiones de vías biliares, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y fueron sometidos a derivación biliodigestiva: hepaticoyunoanastomosis en "Y" de Roux (84.4%), drenajes externos (8.88%), coledocoduodenoanastomosis (4.4%), coledocoyunoanastomosis en "Y" de Roux (2.2%). Del total de pacientes 41 (91.1%) correspondían al sexo femenino y 4 (8.8%) al sexo masculino, con un rango de edad entre los 24 a 85 años, con una media de edad de 30 años. Del total de pacientes con lesiones de vías biliares el 28.8% se presentó durante colecistectomía por laparoscopia y el 64.44% durante colecistectomía abierta. El cuadro clínico se caracterizó por presencia de colangitis (fiebre, ictericia y dolor) en el 100% de los casos. El protocolo de estudio comprendió ECO de abdomen en 24 de los casos (55.5%), CPRE en 26 (57.7%), colangiografía percutánea 7 (15.55%), colangiografía por sonda Kerh 9 (20%), TAC abdomen 9 (20%). Los 45 pacientes fueron sometidos a procedimiento quirúrgico realizándose en el 84.4% hepaticoyunoanastomosis en "Y" de Roux, en 4.4% coledocoduodenoanastomosis, en 2.2% coledocoyunoanastomosis en "y" de Roux, drenaje externo sólo en 8.88% de los casos. Los tipos de lesión se clasificaron de acuerdo a la clasificación de Bismuth encontrándose lesiones bismuth tipo I en 2 casos (4.44%), tipo II en 20 casos (44.44%), tipo III en 17 casos (37.77%), tipo IV en 6 casos (13.33%). Los días de estancia intrahospitalaria fue en promedio de 7 días, con un rango de 3 a 15 días. Las complicaciones se presentaron en 20% de los casos. La mortalidad se presentó en el 13.33% de los casos. **Conclusiones:** El riesgo de lesión de la vía biliar durante la colecistectomía abierta va de 0.1 a 0.2%. La colecistectomía laparoscópica se ha asociado con un mayor riesgo de lesión de vías biliares que va del 0.5 al 2%. En nuestro estudio 28.8% de las lesiones se presentaron en pacientes sometidos a colecistectomía por laparoscopia, mientras que el resto (64.44%) se presentaron durante colecistectomía abierta. La razón de este porcentaje fue que el número total de colecistectomías abiertas fue mucho mayor. No obstante, las lesiones iatrogénicas de la vía biliar son más frecuentes

durante la colecistectomía laparoscópica que durante la colecistectomía abierta. El mejor tratamiento para estas lesiones es la prevención llevando a cabo una técnica quirúrgica cuidadosa. Si estas ocurren, el mejor momento para su reparación es el mismo tiempo quirúrgico. Si se reconoce después de la cirugía pueden emplearse entonces varios procedimientos quirúrgicos o endoscópicos como CPRE, derivaciones biliodigestivas.

TC-414

CARCINOMA DE CÉLULAS CLARAS DE ESTIRPE SARCOMATOIDE. REPORTE DE UN CASO

Estrada LF, Castellanos AR, Espinosa AA, Legorreta CCI. Hospital Central Norte de PEMEX. México, D.F.

Antecedentes: El carcinoma de células renales se presenta con mayor frecuencia en la quinta o sexta década de la vida y tiene una relación hombre-mujer de 2:1. Se presentan con igual frecuencia en cualquiera de los riñones y se distribuyen al azar en el polo superior e inferior, se originan en la corteza y tienden a crecer hacia el tejido periférico, causando la protusión característica o el efecto de masa, el tumor es de color amarillo a naranja, por la abundancia de lípidos y constituye aproximadamente el 25% de este tipo de tumores. El tipo granular contiene células grandes con grandes núcleos y tienden a ser más grises o blancos. El resto de los tumores son de tipos celulares mezclados y alrededor de 2% son de una variedad sarcomatoide que se encuentra menos pigmentado de manera característica y parece gris o café. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 70 años de edad, sin antecedentes heredo familiares de importancia para el padecimiento actual, con adecuados hábitos higiénicos, niega tabaquismo y etilismo. Ginecoobstétricos sin antecedentes de importancia. No refiere realización de citologías exfoliativas. Como antecedentes quirúrgicos sólo una cesárea, resto de patológicos negados. Inicia su padecimiento hace 7 meses con astenia, adinamia y dolor leve abdominal tipo cólico, posteriormente se agrega al cuadro pérdida de peso y palidez de piel y tegumentos, sin presentar sangrado macroscópico por ningún sitio anatómico, posterior a seis meses se percata de una masa a nivel del flanco derecho y fosa iliaca derecha indolora, de consistencia firme, por lo que acude a medicina familiar donde es referida al servicio de gastroenterología. Refería flatulencia, pérdida de peso y masa palpable a nivel de hemiabdomen derecho, indolora. Se encuentra paciente con peso de 56,900 g, con leve palidez de tegumentos, con craneofacial y cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen plano, blando, depresible, discretamente doloroso a la palpación, en flanco derecho se palpa una masa redondeada, de superficie lisa, de consistencia aumentada a nivel del flanco derecho, sin datos de irritación peritoneal. Resto de la EF sin alteraciones. Por los hallazgos clínicos se solicitan estudios de laboratorio y gabinete. Hemoglobina de 11.4, hematocrito de 34.3, calcio normal. Colon por enema reporta enfermedad diverticular en colon transverso y descendente. TAC simple de abdomen reporta masa tumoral dependiente de riñón derecho posiblemente correspondiente a un hipernefroma. Resto de estudio dentro de límites normales. Panendoscopia reporta hernia hiatal pequeña. Se concluye masa tumoral probablemente maligna a nivel de retroperitoneo derecho, por lo que se envía a la consulta de oncología para su estudio y tratamiento especializado. Se elabora protocolo preoperatorio con riesgo quirúrgico Goldman II. Se decide abordaje quirúrgico, por lo que la paciente es sometida a laparotomía exploradora. Se realiza nefrectomía derecha total y apendicectomía. En los hallazgos quirúrgicos se encontró tumoración renal derecha tomando estructuras adyacentes del colon a nivel del ciego y válvula ileocecal, así como el borde inferior del hígado. La citología de líquido peritoneal sin evidencia de células malignas. El reporte histopatológico de piezas quirúrgicas reportó pieza quirúrgica de nefrectomía de 600 g con: Carcinoma de células claras (renales) poco diferenciado con diferenciación sarcomatoide en el polo inferior invasor al polo superior, cápsula de Gerota, grasa perirrenal y apéndice epiploico. Vasos del íleo libres de neoplasia maligna. Uréter libre de neoplasia maligna. Estadificación histológica T4, NX, M1. Robson estadio 4. La paciente tuvo adecuada cicatrización de sitio

quirúrgico y se someterá a radioterapia adyuvante al tratamiento. **Conclusión:** La estirpe histopatológica que se reportó en la paciente es el sarcomatoide, es más raro de presentación, además en su cuadro clínico no presentó la tríada clásica de hematuria, masa abdominal y dolor, por lo que tenemos que estar al pendiente en estudios de tamizaje y estadificación para la mejor evaluación de pacientes con el fin de detectar este tipo de tumoraciones y darles un tratamiento temprano.

TC-415

ANGIODISPLASIA DE TUBO DIGESTIVO, ESTENOSIS AÓRTICA. UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Martínez SEA, Bazaldúa MAH, González GHG. Hospital Regional PEMEX. CD Madero, Tamps.

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas submucosas pueden originar sangrado de tubo digestivo, su diagnóstico no es fácil y representa un reto terapéutico. **Objetivo:** Presentación de un caso de asociación de estenosis aórtica y angiodisplasia de tubo digestivo de predominio duodenal. **Material y método:** Femenino de 74 años de edad con estenosis aórtica con diámetro valvular de 5 mm, con historia crónica de hemorragia de tubo digestivo manifestado por melena en forma intermitente por más de dos años, multasfundida, sometida a múltiples estudios endoscópicos superiores e inferiores sin ser concluyente, dos angiografías, una de ellas con evidencia de sangrado a nivel duodenal, gammagrafía con eritrocitos marcados sin precisar sangrado, previamente se le había efectuado laparotomía exploradora con estudio endoscópico transoperatorio a nivel, duodenal, yeyeunal y colónico sin precisar sitio de hemorragia, por los hallazgos angiográficos se programó para exploración duodenal se le efectuó ligadura de la arteria gastroduodenal y de vasos accesorios de arteria hepática anómala directa de la aorta. **Resultado:** En el postoperatorio inmediato se registran cifras normales de hematocrito sin episodios de sangrado de tubo digestivo bajo. **Conclusiones:** La angiodisplasia, más frecuente se localiza en colon, la resección intestinal es curativa al incluir la lesión, se puede asociar a estenosis aórtica, la presencia de angiodisplasia en otra parte del tubo digestivo constituye un verdadero reto diagnóstico y terapéutico.

TC-416

HIPERTENSIÓN PORTAL (HTP) TRANSITORIA SECUNDARIA A QUISTE HEPÁTICO GIGANTE. REPORTE DE UN CASO

Prado E, Orozco K, Zarain A. Hospital General "Dr. Eduardo Vazqués Navarro". Puebla, Pue.

Introducción: La HTP transitoria es un fenómeno muy raro. Generalmente se da cuando existen causas transitorias de obstrucción mecánica al flujo portal. Presentamos paciente con quiste hepático simple gigante e HTP transitoria secundaria. **Caso clínico:** Femenina, 72 años. Ingresó a Urgencias con sangrado de tubo digestivo alto y descompensación hemodinámica. Sin antecedentes relevantes. EF además de los datos de choque llamó la atención ausencia de datos de hepatopatía y una gran deformidad en CSD de abdomen por una enorme masa. Endoscopia: Sangrado activo por várices esofágicas (4 paquetes grado III). Se esclerosó sitio de sangrado (polidocanol 2%). Además terlipresina 1 mg/IV cada 6 horas por 48 horas. US: Quiste hepático. No visualizó la porta. TAC: Quiste simple gigante de hígado. Una vez controlado el sangrado y realizado estudios fue llevada a laparotomía, drenaje del quiste, resección de gran parte de su pared y fenestración. Endoscopia de control (1ª semana POP): Ausencia de várices. US de control: Cambios postquirúrgicos, portal permeable de calibre normal. Endoscopia de control (3 meses): Ausencia de várices. **Discusión:** Seguramente el gran tamaño que alcanzó el quiste produjo compresión extrínseca de la vena porta suficiente para producir HTP. Una vez resuelto el problema ocupativo la compresión cedió y afortunadamente no hay trombosis portal, que lo que el flujo se recuperó y desapareció la HTP. **Conclusiones:** La HTP transitoria es un fenómeno muy raro. En este

caso se produjo por la compresión extrínseca de un gran quiste hepático al flujo portal, que se resolvió al tratar el quiste.

TC-417

ELECTROESTIMULACIÓN EN NECROBIOSIS DIABÉTICA

Ahedo CJ, Figueroa HL. HGZ 2A IMSS

Objetivo: Presentación de un caso, con necrobiosis Wagner 3,4 y enfermedad de vasos tibiales, empleando manejo conservador con amputación parcial, lavados quirúrgicos, rotación de colgajo y electroestimulación. **Descripción del caso:** Paciente masculino, de 68 años, con antecedentes de tabaquismo crónico, DM2 de 20 años de evolución, retinopatía diabética, catarata ocular derecha, fiebre reumática en la infancia y reemplazo valvular secundario. Se realizó amputación del 5º dedo de miembro pélvico derecho, por necrobiosis Wagner 3, presentando infección y dehiscencia de muñón con desarrollo de Sx. Compartimental, 15 días posteriores al procedimiento, presenta gangrena húmeda de 2º, 3º y 4º dedos así como necrosis parcial del 1er. dedo, con cultivo positivo a *Escherichia coli*. **Manejo:** Se realizó desarticulación de 1º, 2º y 4º dedos con conservación de colgajo lateral de 1er dedo, lavados quirúrgicos, fasciotomías y curaciones terciadas a cielo abierto. Aplicación de electroestimulación a nivel de músculos gastrocnemios y plantares cada 3er día, con dos sesiones de 45 minutos hasta lograr la contracción muscular con una duración de 1.5 segundos y latencia de 1.8 segundos, aplicando un voltaje de 340 volts regulado por 1.25 mA durante 12 semanas, afrontando el colgajo del 1er dedo en la semana 10. **Resultados:** Se logra la cicatrización al 100% en la semana 16 con la conservación de la autonomía ambulatoria y el uso de plantilla ortésica. **Conclusiones:** Es posible manejar conservadoramente, una lesión neuroangiográfica, con infección concomitante, mediante el tratamiento quirúrgico parcial y aplicación de electroestimulación, logrando la cicatrización total del área cuenta y la conservación del colgajo remanente. El uso de la electroestimulación, nos permite acortar el periodo de cicatrización, mejorando la microperfusión cutánea.

TC-418

APENDICITIS CRÓNICA. REPORTE DE UN CASO

Rosales JCA, González GOA. Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital Regional de Especialidades No. 25 Monterrey, N.L.

Masculino de 49 años, con antecedentes de tabaquismo durante 16 años, 1 cajetilla al día, alcoholismo durante 29 años, ocasional, y diabetes mellitus tipo 2, de reciente diagnóstico, tratada con hipoglucemiantes orales. Refiere cuadro de 3 meses de evolución con astenia y adinamia, agregándose posteriormente dolor abdominal en flanco derecho, constante, de gran intensidad, sin irradiaciones, además de hipertermia no cuantificada, diaforesis y pérdida de peso de aproximadamente 15 kg. A la exploración física se palpa abdomen en batea, blando, depresible, con masa de bordes mal definidos, consistencia dura, dolorosa, a nivel de flanco derecho, sin irritación peritoneal, con peristalsis presente. Se realiza ultrasonido abdominal reportando tumoración en retroperitoneo a nivel de los músculos paravertebrales derechos, de aproximadamente 13 x 8 cm y TAC de abdomen reportando tumoración retroperitoneal a nivel de L4, de 20 UH, probable absceso. Se realiza punción dirigida por ultrasonido, drenando material purulento, con cultivo positivo para *Klebsiella pneumoniae*, drenando el absceso e indicando antibióticos. Posteriormente permanece asintomático por 1 semana y nuevamente presenta dolor abdominal en flanco derecho e hipertermia, realizándose nuevamente ultrasonido abdominal reportando absceso en fase de resolución, no siendo factible nueva punción dirigida, por lo que se somete a laparotomía exploradora encontrando apéndice retrocecal, con perforación en la punta hacia retroperitoneo, con absceso de aproximadamente 5 x 6 cm, drenando 50 cc de material purulento, realizando apendicectomía y colocación de drenajes, reportando el estudio histopatológico apéndice cecal con fibrosis de la pared e inflamación crónica leve en la serosa.

TC-419

APLICACIÓN DE CATÉTERES DE PERMACATH EN LA VENA YUGULAR INTERNA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Castillo LL, Vargas MC, Hinojoza PA, Piza BR, García MR. Hospital General Regional "Vicente Guerrero" IMSS Acapulco

Introducción: Las únicas alternativas para el paciente con insuficiencia renal crónica terminal es el tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal para la hemodiálisis están las fistulas A-V, los injertos sintéticos, los accesos venosos vasculares centrales percutáneos no tunelizados y los tunelizados (catéter de Permacath). **Objetivo:** Reportar la experiencia en la aplicación de catéteres de Permacath. **Material y métodos:** Tipo de estudio. descriptivo observacional. Tiempo del estudio: Junio 2003 a junio 2004. Lugar; Hosp. Gral. Reg. Vicente Guerrero IMSS Acapulco. Grupo de estudio. 12 Pacientes criterios de inclusión, hemodiálisis de larga duración, catéteres de accesos venosos centrales no tunelizados disfuncionales o infectados. Variables a estudiar entre otras. edad, tiempo de la IRC con TX sustitutivo, relación h/m, complicaciones relacionadas al catéter de Permacath. **Resultados:** 6 mujeres 6 hombres. Edad de 32 a 47 años, promedio de 40. Tiempo de la IRC promedio con TX sustitutivo aprox. de 5.5 años. La indicación de colocación de Permacath fue de catéteres previos de Mahurkar disfuncionales en 8 pacientes e infectados en 4 pacientes. de los Permacath colocados fueron 8 en la yugular derecha y 4 en la izquierda 1 catéter con sangrado por el orificio de salida. 1 Pte desarrolló Síndrome de Hipertensión venosa severa, 2 Infectados, 2 Catéteres disfuncionales. 1 Pte con disfonía. **Análisis:** La colocación de catéteres de Permacath aunque con mejores resultados en duración, técnicamente requiere para su aplicación una técnica cuidadosa, verificación T-O de la colocación y un equipo con experiencia.

TC-420

ESPLENOMEGALIA GIGANTE SECUNDARIA A ESFEROCITOSIS HEREDITARIA EN UN ADULTO. REPORTE DE UN CASO

Vásquez CS, Díaz CC, Etcheagaray DA, Alcántara F, Vargas M, Pérez CR, Palomeque A, Melchor RJ, Martínez MJ, Montes DE. Hospital General de México O.D.

Presentamos caso masculino de 55 años con historia de ictericia a la semana de haber nacido nuevo cuadro icterico a los 45 años. Desarrollo de úlcera en cara maleolar interna de 10 años de evolución, presenta pancreatitis aguda grave biliar a los 55 años, clínicamente esplenomegalia, laboratorialmente con hiperesplenismo secundario, anemia microcítica hipocrómica, coombs negativo, prueba de fragilidad osmótica positiva, frotis periférico: esferocitosis. USG esplenomegalia importante, calcificación en polo superior. Se somete a colecistectomía y esplenectomía laparoscópica mano asistida con bazo: peso 1,560 gramos de más de 20 cm de dm. Buena evolución postoperatoria y en actual seguimiento. Dentro de los trastornos que curan con esplenectomía la esferocitosis hereditaria es un desorden familiar hemolítico caracterizado por anemia, ictericia intermitente, esplenomegalia. Es la más común de las anemias hemolíticas, con una incidencia es de 1 por 5,000, transmitida con carácter autosómico dominante. La hemólisis resulta de la interacción de un bazo intacto y defecto intrínseco de la membrana proteica la cual produce una célula roja anormal. El 30 a 50% de los adultos con historia de ictericia durante la primera semana de vida, la ictericia fuera del periodo neonatal es severa. La forma moderada es la forma más común de presentación el portador silencioso es de 1.4% de la población las dos complicaciones mayores. Son episodios de empeoramiento de la anemia y desarrollo de litos.

TC-421

PERFORACIÓN ESOFÁGICA SECUNDARIA A INSTRUMENTACIÓN ENDOSCÓPICA, DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO

Vásquez CS, Etchegaray DA, Alcántara F, Vargas M, Pérez CR, Palomeque A, Melchor RJ, Martínez MJ, Montes de Oca DE. Hospital General de México O.D.

Presentamos femenina de 45 años de edad portadora de acalasia, sometida a dilatación endoscópica sufriendo perforación del tercio distal del esófago no advertida con una evolución clínica asintomática las primeras 24 horas, instalándose cuadro de mediastinitis, derrame pleural izquierdo a las 48 h posteriores, se realiza esofagograma, tomografía torácica, evidenciado la perforación, se somete a tratamiento quirúrgico: esofagostomía cervical, drenaje pleural, yeyunostomía. Al mes realizamos ascenso gástrico (anastomosis: esofagogástrico término-lateral) con buena evolución clínica y en seguimiento. La etiología de este padecimiento los procedimientos diagnósticos o terapéuticos ocupan el primer lugar (75%) y el resto (25%) son: espontánea: (Sx Boerhaave) cuerpos extraños, traumatismo. el sitio más común de perforación es la pared izquierda del esófago justo por arriba de la unión gastroesofágica. 2/3 es izquierda, 1/5 derecha, 1/10 bilateral triada clásica de Mackler (dolor torácico bajo, vómitos, enfisemas cervical) presente en 45% de los casos, el resto se caracteriza por dolor (80%), disnea (50%), disfagia (33%), neumotórax y derrame pleural (32%). La clasificación de perforación de esófago: 1. Lesiones de causa intraluminal: instrumentación endoscópica, dilataciones, intubación, escleroterapia, etc. 2. Lesión de causa extraluminal: traumatismo penetrante, lesión qx. 3. Perforación espontánea: síndrome de Boerhaave. 4. Perforación asociada con enfermedad previa de esófago: esofagitis y tumores. Dentro de la perforación endoscópica existen 4 grados: Perforación aguda intrapleural, perforación mediastínica subaguda, perforación intramural. Perforación intraabdominal. El tratamiento quirúrgico depende de sitio anatómico y etiología de la perforación, condiciones previas del esófago y tiempo transcurrido entre la perforación y el diagnóstico.

TC-422

INTUSUSCEPCIÓN DE YEYUNO POR PÓLIPO ADENOMATOSO MALIGNO EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS. REPORTE DE UN CASO

Lupercio-Romero AA, Nuño-Guzmán C, Martínez MCF, Espejo I, Pérez GG. Servicios de Cirugía General, Anatomía Patológica y Genética, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, México

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una condición autónoma dominante con una incidencia de 1 en 120,000 nacimientos, caracterizada por poliposis hamartomatosa gastrointestinal, hiperpigmentación mucocutánea y un mayor riesgo de desarrollar malignidades del tubo digestivo y extraintestinales. **Informe del caso:** Paciente femenina de 21 años de edad que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar dolor abdominal tipo cólico en mesogastrio, sin irradiación y vómitos de contenido gastroalimentario de 7 días de evolución. Antecedente de resección endoscópica de pólipos hamartomatosos sin degeneración maligna de colon transversal y sigmoides 16 meses previos, así como de pólipos de esófago 13 meses previos. A la exploración física presentaba cuadro clínico de obstrucción intestinal, tumoración dolorosa en mesogastrio de 10 x 12 cm y máculas café en mucosa de labio inferior. Paraclínicos: anemia. Rx. simple de abdomen en bipedestación: imagen de burbuja aérea en cámara gástrica. La paciente se somete a laparotomía exploradora, encontrando intususcepción de un segmento de 20 cm de yeyuno a 100 cm del ligamento de Treitz, se identifica una lesión polipoide de 3 cm de diámetro como cabeza de la intususcepción, por lo que se practica resección del segmento de yeyuno afectado y anastomosis. Se reporta pólipo adenomatoso con degeneración maligna multifocal a adenocarcinoma bien diferenciado con invasión parcial a submucosa y capa muscular. Se establece diagnóstico clínico de SPJ. Con evolución satisfactoria, a 9 meses de operada, la paciente se mantiene bajo seguimiento y vigilancia. **Discusión:** El crecimiento de los pólipos hamartomatosos en el SPJ puede producir obstrucción o intususcepción intestinal. Se han detectado mutaciones del gen STK11, que darían lugar a la trans-

formación maligna de los pólipos aún en ausencia de epitelio displásico. Se recomienda la vigilancia para detección y resección de pólipos del tubo digestivo, detección de malignidades de páncreas, así como de mama, ovarios y cervix en la mujer y de testículos en el hombre.

TC-423

NEOPLASIAS APENDICULARES. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 4,988 ESPECÍMENES DE APENDICECTOMÍA

Cruz-Castañeda BF, Nuño-Guzmán C, Dávila-Rodríguez JR, Ulloa-Robles JJ. Servicios de Cirugía General y de Anatomía Patológica, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jalisco, México

Antecedentes: Las neoplasias apendiculares son poco comunes, siendo detectadas la mayoría como hallazgo incidental en una apendicectomía. El carcinoma es la neoplasia apendicular más común. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de presentación de tumores apendiculares en especímenes de apendicectomía, el género y edad de los pacientes, el diagnóstico histopatológico, y el escenario clínico de su presentación. **Material y métodos:** Se revisaron los reportes de histopatología de los especímenes de apendicectomía del 1 de enero de 1991 al 31 de diciembre de 2003 en nuestro hospital, así como los expedientes clínicos correspondientes. **Resultados:** Se revisaron 4,988 reportes histopatológicos de apendicectomía, detectando 25 neoplasias (0.5%), con una edad promedio de 52.5 años (rango:16-88); 17 casos correspondieron al género femenino (68%) y 8 al masculino (32%). En 14 casos (56%) se encontró una neoplasia benigna (0.3% del total) con un promedio de edad de 54.2 años (rango: 22-80); la neoplasia benigna más común fue el cistadenoma mucinoso (11) seguido de neoplasias de origen no epitelial, como fueron neuroma (2 casos) y neurofibroma (1 caso). En 11 casos (44%) se detectó neoplasia maligna (0.2% del total) con una edad promedio de 50.5 años (rango: 16-88); en 5 casos el origen fue apendicular, como fueron carcinoma (2 casos), carcinoma (1 caso), adenocarcinoma mucinoso (1 caso) y adenocarcinoma moderadamente diferenciado (1 caso), mientras que 3 casos fueron secundarios a adenocarcinoma de colon, y 3 casos secundarios a cistadenocarcinoma de ovario. Veinte casos se presentaron como urgencia y 5 casos durante cirugía electiva. **Discusión y conclusiones:** La frecuencia de neoplasias apendiculares en especímenes de apendicectomía en nuestro hospital es similar a las reportadas en la literatura. Predominan las neoplasias de tipo benigno, siendo más común el cistadenoma mucinoso, a diferencia de diversas series donde la tumoración apendicular más común es el carcinoma. La mayoría de los casos se detectaron como hallazgo en una cirugía de urgencia.

TC-424

VÓLVULO CONCOMITANTE DE ÍLEON Y SIGMOIDES EN UN PACIENTE ADULTO. REPORTE DE UN CASO

Iñiguez-Martínez C, Zepeda-Santana F, Nuño-Guzmán C, Ledezma-Abarca MA. Servicio de Cirugía General. Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jalisco, México

Introducción: El vólvulo primario de intestino delgado ocurre cuando un segmento del mismo sufre una torsión sobre su mesenterio en ausencia de bandas congénitas. Su incidencia es rara en la infancia y edad adulta, mientras que 90% de pacientes con malrotación congénita intestinal presentan vólvulo intestinal en los primeros 2 meses de vida. Por su parte, el vólvulo de sigmoides corresponde al 70% de los casos de vólvulos de colon y su presentación es más común a mayor edad. El anudamiento ileosigmoideo es una variedad de vólvulo muy rara, condicionada por mesenterios grandes y fijaciones posteriores estrechas del íleon y sigmoides. **Informe del caso:** Paciente masculino de 59 años de edad, que acudió a nuestro hospital por presentar distensión y dolor abdominal generalizado, vómitos e incapacidad para evacuar gases y heces de un día de evolución. No se contaba con antecedentes de cuadros similares ni de cirugías previas. Exploración física: T.A. de 90/60 mmHg, con distensión y timpanismo abdominal,

así como datos de obstrucción intestinal e irritación peritoneal. Rx de abdomen: imagen sugestiva de vólvulo de sigmoides. Se somete a laparotomía exploradora constatando vólvulo de sigmoides, encontrando además vólvulo de íleon a 20 cm de válvula ileocecal, con fijación normal del ciego; en ambos vólvulos se encontró gangrena del segmento intestinal afectado. Se practicó resección de 70 cm de segmento afectado de íleon e ileostomía, así como resección de 50 cm. de sigmoides comprometido y anastomosis. Histopatología: necrosis hemorrágica de los segmentos resecados. Se reinstaló el tránsito intestinal 8 semanas después, cursando con una evolución satisfactoria. **Discusión:** El diagnóstico preoperatorio en el presente caso fue de vólvulo de sigmoides, sin considerar la probable presentación de vólvulo de íleon dada su baja frecuencia en edad adulta y por el cuadro clínico y radiológico del paciente. Para el conocimiento de los autores, la frecuencia de presentación concomitante de vólvulo de íleon así como de sigmoides se desconoce, haciendo imprescindible su informe.

TC-425

CISTOADENOMA DE PÁNCREAS EN MUJER DE 42 AÑOS

Muñoz LG, Guillén CJM, Landaeta DR. Unidad Médica de Alta Especialidad. León, Gto. IMSS

Antecedentes: Los cistoadenomas mucinosos de páncreas son entidades poco frecuentes representan el 1-2% de los tumores pancreáticos exocrinos. Se han descrito casos aislados de multicentricidad y de asociación con otros tumores pancreáticos. **Objetivo:** El objetivo es presentar en CARTEL la presentación clínica evolución y resolución de paciente con esta patología. **Material y métodos:** Paciente femenino de 42 años de edad la cual inicia aprox. hace un año con sintomatología inespecífica caracterizada por dolor intermitente vómitos esporádicos hipocresia y sensación de plenitud abdominal se realiza ultrasonido donde se observa alteración heterogénea localizada en cola de páncreas posteriormente la TAC lo comprueba mostrando criterios de resecabilidad sed interviene encontrando tumoración de aprox. 10 x 15 cm de aspecto suculento con porciones quísticas y sólidas. **Resultados:** Egresada 4 días después con función intestinal presente y sin complicaciones. **Conclusión:** El CSM es un tumor raro, de presentación habitualmente en mujeres entre la 5ª-6ª década y de localización pancreática distal. Tiene un pronóstico bueno siendo excepcional su comportamiento maligno. La multicentricidad es infrecuente y no modifica el pronóstico.

TC-426

CISTOADENOMA GIGANTE DE PÁNCREAS. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fernández J, Daza JL, Sagui L, Cantellano M, Baqueiro A. Unidad de Gastrocirugía. Hospital Español. México D.F.

Introducción: Las neoplasias quísticas constituyen alrededor del 1% de las neoplasias pancreáticas. El cistoadenoma mucinoso de páncreas es un tumor poco frecuente. La mayoría de estos tumores son pequeños y asintomáticos, pero pueden estar asociados a pancreatitis o pueden tener potencial maligno. Por eso el manejo de estos pacientes es complejo, por lo que el conocimiento de la historia natural del tumor y de los predictores de neoplasia es importante. Describimos un caso raro de quiste mucinoso de páncreas de 23 x 19 x 14 cm, que se presenta con dolor, masa abdominal, disnea y saciedad temprana. **Reporte de caso:** Se trata de paciente de sexo femenino de 34 años de edad, que consulta el servicio de urgencias de esta institución por dolor en hipocondrio izquierdo, masa abdominal, disnea y saciedad temprana de aproximadamente un año de evolución. Paciente hipertensa controlada, presenta a la exploración una masa abdominal en hipocondrio y flanco izquierdos, que desplaza la línea media y deforma el abdomen. Como parte de la evaluación inicial se realiza un ultrasonido y tomografía abdominales en los que se observa una tumoración quística de 23 x 19 x 14 cm y es reportada como quiste esplénico. Se programa resección quirúrgica durante la cual se observa una masa multilobulada, quística, con contenido mixto (seroso/mucinoso), que desplaza el diafragma, bazo,

estómago, colon, riñón y es dependiente de cola de páncreas, se realiza resección completa del quiste más esplenectomía y pancreatectomía distal. El reporte de patología fue de cistoadenoma mucinoso limitrofe, con un estudio de Inmunohistoquímica positivo para p53, k67c y c-erbB-2 (HER-2/neu). La paciente cursa con íleo postoperatorio prolongado y es dada de alta al décimo día postoperatorio.

TC-427

TRATAMIENTO CON TROMBOLÍTICO DE HEMATOMAS INTRA-ABDOMINALES EN PACIENTES CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO. REPORTE DE DOS CASOS

Fernández J, Sagui L, Daza JL, Cantellano M, Baqueiro A. Servicio de Gastrocirugía. Hospital Español. México D.F.

Introducción: No existen en la literatura reportes a cerca de este procedimiento. La reintervención quirúrgica para el tratamiento de complicaciones postquirúrgicas en pacientes seniles, con riesgo quirúrgico, cardiovascular alto o con antecedentes de cirugía abdominal previa, continua siendo motivo de controversia. Presentamos dos pacientes "difíciles" que presentaron hematomas postquirúrgicos complicados, en los cuales por presentar alto riesgo quirúrgico, se decide realizar instilación de estreptoquinasa intraperitoneal mediante radiología intervencionista. **Caso 1.** Mujer de 90 años, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, sometida en 1997 a lobectomía del lóbulo medio del pulmón derecho por cáncer pulmonar primario. En el 2004 sometida a lobectomía del lóbulo superior pulmón izquierdo por segundo cáncer primario pulmonar, en el cual se complica con choque hipovolémico severo, por lo cual fue reintervenida quirúrgicamente, realizando ligadura de arteria pulmonar izquierda. La paciente ingresa por el servicio de urgencias refiriendo dolor punzante en flanco izquierdo de dos meses de evolución, Sin datos positivos a la exploración, presenta leucocitosis con amilasa de 349. Como estudios de inicio se realizan US y TAC de abdomen encontrando colección en borde medial del bazo, se le realiza laparotomía exploradora encontrándose necrosis de cola de páncreas infectada, por lo cual se efectúa necrosectomía de cola de páncreas y colocación de drenajes. En su evolución postoperatoria cursa con fiebre y se solicita US encontrando colección subfrénica izquierda de un volumen de 56 cc, la cual se punciona guiada por US obteniendo material hemático con coágulos, se deja sonda de nefrostomía para la administración de estreptoquinasa. Paciente es dada de alta por mejoría sintomática. **Caso 2.** Femenina de 63 años, con antecedentes de histerectomía total abdominal por miomatosis; es sometida en mayo del 2003 a sigmoidectomía más colecistectomía laparoscópicas por diverticulitis y colecistitis aguda litiasica, posterior a las cuales sufre dehiscencia de la anastomosis por lo que es reintervenida para realizar resección de 30 cm de intestino más anastomosis y colostomía temporal con bolsa de Hartman. Reingresa en marzo del 2004 para reconexión de procedimiento de Hartmann. Durante su recuperación presenta dolor en flanco izquierdo y fiebre, por lo cual se realiza US y TAC encontrando colección multiseptada en hemiabdomen izquierdo de 14.6 x 3.8 x 4.5 cm con volumen de 135 cc. Se efectúa punción guiada por US, obteniendo material hemático y dejándose sonda de nefrostomía percutánea para administración de estreptoquinasa. Posteriormente la paciente evoluciona satisfactoriamente y permanece afebril. Se practica US de control a los cinco días observándose colección de 13 cc y notable mejoría sintomática por lo que la paciente es dada de alta.

TC-428

CISTOADENOMA SEROSO. REPORTE DE DOS CASOS. NEOPLASIAS QUÍSTICAS DEL PÁNCREAS. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"

Zárate GG, Arenas OJ, Hernández CR. Hospital de Esp. CMN "La Raza"

Antecedentes: Las neoplasias quísticas del páncreas constituyen por lo menos el 10% de los quistes pancreáticos. La prevalencia puede estar aumentando debido al hallazgo casual de lesiones sin-

tomáticas en pacientes sometidos a estudios por imágenes con otros propósitos. El grupo más común de neoplasias quísticas es la familia mucinosa, compuesta por condiciones benignas y malignas. Siguen en frecuencia los cistoadenomas serosos, a menudo denominados adenomas microquísticos debido a las numerosas pequeñas localizaciones que caracterizan su morfología. Reporte de dos casos: **Caso 1:** Paciente femenina de 75 años de edad que inicia su padecimiento 3 años con presencia de dolor en epigastrio el cual fue de tipo transitorio de intensidad moderada, por lo que se hospitaliza en HGZ, tratada con manejo conservador y egresada. Hace 7 meses presenta cuadro de características similares, fue enviada a nuestro hospital, se realiza protocolo de estudio, por TAC se encuentra quiste pancreático de 11.5 x 7 cm de cuerpo y cola por lo que se realiza cistoyeyunoanastomosis en Y Roux. **Caso 2:** Femenino de 27 años antecedente de pancreatitis no grave hace 3 años. Con antecedente ALÉRGICA al medio de contraste. PA: Lo inicia hace 6 meses con dolor y plenitud postprandial mediato así como distensión abdominal que cede parcialmente con analgésicos, dicha sintomatología se exacerba los últimos 15 días agregándose náusea importante sin llegar a vómito, hiporexia, adinamia, sin fiebre, aumento de perímetro abdominal. Se realiza protocolo de estudio. Se realiza TAC encontrándose quiste pancreático 86 x 58 mm en cabeza. CPRE: compresión extrínseca de colédoco distal. Se realiza punción guiada por USG. **Resultados:** Caso 1. Evolución satisfactoria con hiperglucemias transitorias de hasta 180 mg/dl. Caso 2. Actualmente asintomática a 4 años del tratamiento. Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal, de cohorte y abierto para conocer la prevalencia de las neoplasias quísticas del páncreas en un periodo de 20 años. **Resultados:** 5 Cistoadenoma seroso, 3 cistoadenoma mucinoso, 1 cistoadenocarcinoma mucinoso, 1 tumor quístico papilar.

TC-429

ANEURISMA AÓRTICO INTRATORÁCICO, REPORTE DE 1 CASO
Ortega AI, Sarmiento O, Gutiérrez G, Sastré M, Medina S, Morantes O. Hospital Regional Monterrey, ISSSTE, Monterrey, N.L.

Introducción: La porción torácica de la aorta, se compone de un segmento ascendente, el cayado aórtico y un segmento descendente, que termina en el hiato diafragmático. La porción descendente es la que abarca desde la arteria subclavia izquierda hasta el diafragma. Se compone de 3 capas; íntima (lesionada por aterosclerosis), media (lesionada en aneurismas disecantes) y adventicia (protege la rotura hacia el mediastino). Los agentes etiológicos del aneurisma intratorácico son la aterosclerosis, degeneración medial cística, degeneración mixomatosa, disección, infección, traumatismo y dilatación post-estenótica. La incidencia aumenta con la edad. **Caso clínico:** Paciente masculino de 92 años, el cual cuenta con antecedentes de disfagia, leve tos seca y cefalea de predominio nocturno de 5 meses de evolución, además de lipotimias desde hace 2 años aprox., la última de estas se presentó 48 h previas a su ingreso. Se le toma Rx. de tórax donde se observa la presencia de un aneurisma de la aorta en su porción descendente, además de presentar una pequeña hernia diafragmática izquierda asintomática. Posteriormente se toma TAC de tórax simple y contrastado, el cual corrobora dicho diagnóstico. Comentando la gravedad de dicha patología y el riesgo elevado del manejo quirúrgico con el paciente y sus familiares, estos deciden finalmente solo manejo médico. Se descarta totalmente el manejo quirúrgico. **Discusión:** La porción descendente de la aorta es el segundo sitio más frecuente de aneurismas, y la causa más común es la aterosclerosis. Al no ser manejados, suelen complicarse con rotura dentro del espacio pleural. Tiene una mortalidad del 80% si no es manejado quirúrgicamente. El tratamiento consiste en resección del segmento aneurismático y aplicación de injerto sintético. El tratamiento desciende la mortalidad al 10%. **Conclusiones:** Se debe contemplar siempre la gravedad que representan los aneurismas aórticos intratorácicos, así como el riesgo de rotura que presentan. Se recomienda el manejo quirúrgico pronto y enérgico, valorando previamente siempre el riesgo elevado de la cirugía y las condiciones que contraindiquen el mismo (edad del paciente y patologías

agregadas). Siempre será atinada una inspección radiológica en aquellos pacientes mayores que presenten alguna sintomatología que no ceda fácilmente.

TC-430

HEMANGIOMA CAVERNOSO CAROTÍDEO, REPORTE DE UN CASO

Ortega AI, Sastré M, Sarmiento HO, Gutiérrez G, Medina S, Morantes O. Hospital Regional Monterrey, ISSSTE. Monterrey, N.L.

Introducción: Es uno de los tumores vasculares más común y es el más frecuente de la infancia y niñez, y ocasionalmente se presenta en la edad adulta. Se presentan en las primeras tres décadas y es más común en mujeres. 98% de los pacientes reporta sólo una tumoración en cuello de crecimiento lento. La tumoración puede cambiar en tamaño y las lesiones superficiales tiene una coloración azulada. El 60% de los pacientes acuden con dolor en reposo o con actividad. **Caso clínico:** Femenina de 70 años, antecedentes de madre finada por EVC y 1 hermano finado x CA intracraneal, además de Insuficiencia venosa periférica desde 1996. Inicia su padecimiento desde hace 2 años, al presentar tumoración submaxilar derecha, indolora, de consistencia blanda, pulsátil, la cual fue aumentando de tamaño, Se realiza TAC de cuello el cual reporta tumoración dependiente de arteria carótida derecha. La angiografía reporta tumoración a nivel de la bifurcación de la carótida primitiva derecha muy vascularizada de aprox. 6 x 5 cm de tamaño. Se decide cirugía para toma de biopsia debido al riesgo elevado de sangrado en la biopsia por aspiración. Durante el procedimiento quirúrgico se detecta tumoración de consistencia dura, sin bordes definidos, poco desplazable, además de demasiado sangrado debido a la gran vascularidad. Se trata de realizar disección de la yugular externa y de la arteria facial, observándose adherencia total a la tumoración de los vasos sanguíneos del cuello. Debido al abundante sangrado, y a la adhesión del tumor con los vasos principales del cuello se clasifica como irreseccable. Se toma biopsia para Dx anatomopatológico, el cual reporta hemangioma cavernoso. **Discusión:** Las lesiones pueden ser divididas en capilares, cavernosas, venosas, y subtipos arteriovenosas, dependiendo del tipo predominante del canal vascular. Los hemangiomas pueden incluir grasa, músculo liso, tejido fibroso, hueso, y trombos. La grasa se observa más en hemangiomas cavernosos. Este crecimiento excesivo de grasa representa un fenómeno inflamatorio, lo opuesto a un fenómeno neoplásico. Los estudios radiológicos pueden ser normales, demostrando una masa del tejido suave, flevolitos o calcificaciones curvilíneas o amorfas. La resonancia magnética es el estudio de mejor opción en el diagnóstico y evaluación de la extensión del hemangioma, así como la angiografía para observar su irrigación y proximidad con los vasos sanguíneos importantes. **Conclusiones:** Esta patología tiene alto riesgo de afección nerviosa importante de los músculos involucrados en la deglución y en la fonación, así como complicaciones cerebro – vasculares por la disminución del flujo sanguíneo. Se debe poner especial atención a este tipo de patologías desde su detección temprana por el paciente, para lograr una estadificación adecuada y brindar tempranamente el mejor manejo quirúrgico posible para prevenir el déficit neurológico y vascular.

TC-431

REPORTE DE CASO: SÍNDROME POSTGASTRECTOMÍA

Alonso RJC, Carmona BE, Erbey CEM. Hospital Regional de Especialidades 25 IMSS, Monterrey, N.L.

Masculino de 79 años con los siguientes antecedentes. AHF: Madre finada por probable cáncer gástrico. Padre finado por complicaciones de DM2 y TB. APNP: Higienicodietéticos adecuados. Tabaquismo ocasional desde su juventud. Alcoholismo social ocasional. Toxicomanías negadas. Combe positivo. Grupo y RH A positivo. APP: IAM hace 6 años por lo que se realizó cateterismo. Hace 20 años gastrectomía subtotal por CA de estómago. Recibió 2 ciclos de quimioterapia, además de radioterapia. Fractura de clavícula izquierda por caída. Transfusiones positivas durante la cirugía por CA gástri-

co. Niega alergias. PA: Inicia hace 2 años con sensación de plenitud postprandial y sensación de cuerpo extraño acompañado de disfgia progresiva para sólidos. Además de pérdida ponderal cuantificada en 7 kg en el último mes (Peso habitual de 60 kg) hace un mes presenta cuadro de náusea y vómito, con sensación de plenitud abdominal. Refiere imposibilidad para canalizar singultos y gases por ano, dicho cuadro remite de forma espontánea, pero se repite nuevamente sin cursar con oclusión intestinal total. Enviado de su UMF a nuestro hospital en donde se realiza endoscopia en donde se observa remanente gástrico del 50% con datos compatibles para carcinoma gástrico por lo que es programado para cirugía en nuestro servicio. **Reportes histopatológicos** Q 5166-85 adenocarcinoma poco diferenciado (mucoproducción) de estómago. Q- 3821-85 BX de mucosa gástrica: Adenocarcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello. Q-4429-85 Adenocarcinoma mucoproducción con células en anillo de sello de cara posterior de antro gástrico, que afecta la totalidad de la pared con metástasis a un ganglio linfático. Límites quirúrgicos libres de tumor. Q 3463-04 Adenocarcinoma bien diferenciado.

TC-432

REPORTE DE CASO: HIPERPLASIA NODULAR FOCAL

Alonso RJC, Carmona BE, Toranzo RLF. Hospital Regional de Especialidades No. 25 IMSS. Monterrey, N.L. Departamento de Cirugía Digestiva y Endocrina

Masculino de 35 años con siguientes antecedentes: AHF: Preguntados y negados. APNP: Niega tabaquismo. Alcoholismo social 3 litros de cerveza cada fin de semana. Niega combe, Grupo y RH o positivo. APP: Niega alérgicos, traumáticos y transfusionales. Amigdalectomía a los 5 años. Resección de hidrocele izquierdo hace 12 años. Laparoscopia diagnóstica en enero 2004 en relación al PA. PA: En diciembre 2003 presenta cuadro de podagra por lo que al acudir al médico facultativo se le solicitan exámenes control. En el USG incidentalmente se detecta tumoración dependiente de hígado, por lo que 2 semanas después se programa una laparoscopia diagnóstica, no se pudo tomar biopsia durante la intervención por aparente hipervascularidad de la estructura. Posteriormente enviado a nuestro HRE para manejo quirúrgico de la lesión. En general el paciente ha cursado siempre asintomático. Sin pérdida ponderal, no ictericia, no acolia, no fiebre. No ha recibido tratamiento alguno previamente. Es operado en nuestro departamento. Reporte histopatológico de adenoma hepático.

TC-433

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN DEL INJERTO RENAL POSTERIOR AL CAMBIO DE AZATIOPRINA (AZA) POR MOFETIL MICOFENOLATO (MMF) EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL (HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD, PETRÓLEOS MEXICANOS)

Pérez GFA, Estefan GJ, Reyes GG, Sánchez VAA, Luna MJ, Alvarez AL, Vázquez DRA. Servicio de Cirugía General, Cirugía de Trasplantes y Nefrología. Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Pemex, D.F.

Introducción: La sobrevida tanto del receptor como del injerto renal han mejorado en los últimos años, debido en gran parte al advenimiento de nuevos y mejores medicamentos inmunosupresores, en pacientes bien seleccionados. **Objetivo:** Valorar el impacto del cambio de Azatioprina por MMF en la evolución de una cohorte de pacientes trasplantados de riñón en el HCSAE, después de doce meses de tratamiento. **Pacientes y método:** Estudiamos en forma prospectiva durante 12 meses a 25 pacientes sometidos a trasplante renal en el HCSAE, previamente manejados con esquema de inmunosupresión convencional. A todos se les realizó cambio de Azatioprina por MMF como medida de prevención de la función del aloinjerto. El seguimiento se llevó al cabo previa valoración clínica, bioquímica con un seguimiento de doce meses. A todos los pacientes se les realizó USG Doppler y nueve de ellos fueron sometidos a biopsia renal. Los datos fueron clasificados y analizados descriptivamente,

calculándose las medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias relativas para cada una de las variables en estudio, seguido por una exploración bivariada, utilizando pruebas no paramétricas con objeto de identificar diferencia estadística. **Resultados:** Se analizaron 25 pacientes (16 hombres y 9 mujeres) con edad promedio de 39.7 años (18-71). La frecuencia de la causa de nefropatía fue: Glomerulonefritis crónica 56%, Nefropatía diabética 24%, tubulointersticial 12% y enfermedad poliquística 8%. Previo al TR 10 pacientes recibieron diálisis peritoneal, 10 Hemodiálisis, 3 ambas y 2 manejo médico. La donación renal fue: vivo relacionado 14, no relacionado 3 y cadáver 8. Al 55% con terapia de inducción y previamente manejados con Prednisona, Ciclosporina y Tacrolimus 12%. Los valores clínicos y bioquímicos promedio previo al cambio por MMF y al año fueron los siguientes: Presión arterial media (TAM) 92.8 (60-110) y 86.9 (60-110) mmHg, p = 0.003 *, Leucocitos totales 8.0 (4.1-11.7) y 7.7 ((3.4-12) p = 0.34. TGP 20.4 (3-44) y 17.4 (3-80) mg/dl p = 0.38, TGO 18.4 (7-33) y 17.7 (10-47) mg/dl, p = 0.38, CrS 1.8 (0.8-4.2) y 1.7 (0.9-4.2) mg/dl. p = 0.24. Depuración de Creatinina de 24 h. 48.39 (19.3-79) y 63.6 ml/min p = 0.002 *, Acido Úrico 7.2 (4.2-14.8) y 7.4 (2.6-11.9) mg/dl. p = 0.12, Colesterol 247.9 (139-418) y 226 (227-377) mg/dl p = 0.06. Niveles séricos de Ciclosporina 216 (94-564) y 167 (23-353) ng/dl p = 0.05. **Conclusiones:** Aquellos parámetros que mostraron mejoría significativa fueron TAM y Depuración de Creatinina a pesar de no haberse documentado un descenso significativo en los niveles de Creatinina sérica, lo cual es atribuible al tamaño de la muestra. Otros parámetros como el colesterol y niveles de ciclosporina tuvieron un descenso importante aunque no significativo. El MMF nos ha permitido disminuir la dosis de ciclosporina y mejorar la función del injerto renal.

TC-434

ESTADO ACTUAL DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONADOR CADAVERICO (TRDC) EN EL SISTEMA MEDICO DE PETRÓLEOS MEXICANOS (HCSAE)

Pérez GFA, Estefan GJ, Reyes GG, Sánchez VAA, Luna MJ, Alvarez AL, Vázquez DRA. Servicio de Cirugía General, Cirugía de Trasplantes y Nefrología. Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Pemex, D.F.

Introducción: El programa de trasplante renal (TR) inició en el HCSAE en 1984. A la fecha se han realizado 237 TR, 36% de donación cadavérica. El HCSAE es el único centro del sistema en donde se llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos y seguimiento. Contamos con un Comité General de Trasplantes y dos de Procuración de Órganos (HCSAE y HCN). Desde hace dos años se inició un Programa de Regionalización en los hospitales locales y generales del sistema para optimizar la captación de donadores. Hemos participado activamente en las campañas nacionales para la promoción de donación de órganos y trasplantes. **Análisis:** Los pacientes son ingresados al programa de TRDC por referencia de los médicos nefrólogos de los hospitales regionales y seleccionados por medio de protocolo y revisión clínica periódica. Las pruebas serológicas bimensuales se llevan a cabo en nuestro hospital, así como la revisión de los diez primeros pacientes de la lista de espera. En la actualidad existen 81 pacientes en espera de TRDC, 55% hombres y 45% mujeres. La edad promedio es 42.5 años (16-65). Los grupos sanguíneos son: O+ 57, A+ 15, B+ 8, O- 1. Ocho enfermos presentan serología positiva para hepatitis C y uno B. En hemodiálisis se encuentran 40 pacientes, diálisis peritoneal 26 y con tratamiento médico 15. Las principales causas de nefropatía son: glomerulonefritis 42, diabetes 23, nefropatía tubulointersticial 5, enfermedad poliquística 5, rechazo crónico 5. El tiempo de estancia promedio en la lista de espera es de 40.17 meses (3-156). Los sitios de referencia de los pacientes son: Poza Rica 18, Salamanca 7, Ciudad Madero 10, Minatitlán 9, Villahermosa 19 y DF. 18 pacientes. **Conclusiones:** Pese a las campañas de donación de órganos en el país, el número de trasplantes de cadáver por año es bajo. La prevalencia de pacientes mayores de 40 años y con enfermedades crónicas degenerativas es elevada y con estancias prolongadas en diálisis que puede repercutir en la sobrevida del receptor e injerto renal. Continúa siendo prioritaria la referencia temprana a los servicios de atención integral para

pacientes con daño renal así como continuar fomentando la cultura de donación de órganos.

TC-435

SUTURA DE RETENCIÓN

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

Antecedentes: Existe una gran variedad de técnicas descritas para aplicar suturas de retención que intentan disminuir el trauma a la pared abdominal. **Objetivo del estudio:** Aplicar una sutura de retención que realmente disminuya el trauma a la pared abdominal. **Material y método:** Utilizamos un tubo de "Drenovac" de 1/8, un tubo de "Venopac" o un catéter de Tenckhoff por cada 15 a 20 cm de incisión. Se usa como un punto en "U" Se introduce a la cavidad a 5 cm y 5 a 7 cm del vértice, se dirige en sentido longitudinal al cuerpo por dentro de la cavidad para extraerse a una distancia de 5 a 7 cm y a 5 cm del borde de la incisión, se cruza transversalmente al lado opuesto por arriba de la piel y se introduce nuevamente equidistante al punto de egreso previo. De nuevo se dirige longitudinalmente dentro de la cavidad en sentido opuesto para egresar en otro punto equidistante del punto de ingreso inicial y se anudan los extremos. En caso de usar un "Drenovac" se elimina la zona de perforaciones por ser una zona débil y se anudan también los extremos. **Resultados:** Esta sutura ha sido muy bien tolerada por periodos prolongados con un mínimo de lesión a la pared abdominal. **Discusión:** El hilo carece de elasticidad, su diámetro corta rápidamente los tejidos cuando ejerce tensión. La sutura multifilamento extiende la sepsis por capilaridad. El plástico es elástico, su diámetro no favorece el corte y se coloniza con dificultad. **Conclusiones:** Hemos encontrado esta técnica superior a cualquiera reportada con anterioridad.

TC-436

LINFOMA NO HODGKIN EN CIEGO. REPORTE DE UN CASO

Castro DJM, Castro RJM, Batalla CAM. Clínica Médica San José, Tequisquiapan, Querétaro

Introducción: El linfoma que tiene su origen en ciego es una afectación rara, con frecuencia multicéntrica y con participación del mesenterio. Cuando la afectación es focal, el lugar más comúnmente afectado es el ciego. Una masa única en ciego que se extiende al íleon terminal tiene más posibilidades de corresponder a un linfoma que a un carcinoma de colon. A continuación se muestra el manejo en un caso de linfoma de ciego con afección a válvula cecal y apéndice cecal. **Reporte del caso:** Masculino de 67 años, campesino, medio socioeconómico bajo, malos hábitos higiénico-dietéticos, tabaquismo y etilismo positivo desde su juventud, hace un año suspendido, hernioplastia epigástrica hace un mes y medio. PA: Dos meses previo a su ingreso a nuestro servicio, con dolor epigástrico, mesogastrio y flanco derecho, el dolor de tipo opresivo y punzante, ocasionalmente cólico, pérdida de peso no cuantificada, astenia. Es visto por facultativo quien diagnosticó hernia epigástrica como causa del dolor, por lo que fue intervenido, persistió el dolor y acude a nuestro servicio. A la exploración física: Palidez de tegumentos, cardio-pulmonar sin compromiso, no adenomegalias, abdomen plano, blando, masa palpable, indurada hacia flanco derecho, de 10 a 12 cm, dolorosa la palpación, desplazable, resto normal. TAC abdominal: Tumor a nivel de retroperitoneo, cercano a polo inferior de riñón derecho, no ganglios, hígado normal. Laboratorio: Anemia hipocrómica. Se realiza laparotomía exploradora, encontrando tumor que afectaba a ciego, válvula ileocecal y apéndice cecal, se hizo hemicolectomía con ileotransverso anastomosis. Se envía a valoración por oncología médica. El reporte histopatológico: Linfoma no Hodgkin de células grandes y pequeñas. Su evolución tórpida, no fue candidato para quimioterapia.

TC-437

ADENOMA PARATIROIDEO EN GLÁNDULA ECTÓPICA

Berdeal E, Alustiza I, Rodríguez E, Ávalos F, Galván F, Nuncio J, Ovalle E. Departamento de Cirugía General Hospital Universitario de Saltillo

El adenoma paratiroideo compromete a una de las cuatro glándulas y se manifiesta con signos de hiperparatiroidismo primario. El diagnóstico se basa en síntomas clínicos, hipercalcemia y hormona paratiroidea aumentada. El tratamiento quirúrgico consiste en la exéresis del adenoma. Para ello es fundamental la localización preoperatoria del mismo. La ecografía es el método de elección para determinar cual de las cuatro glándulas paratiroides es la afectada y se caracteriza: imagen sólida hipoecoica en relación al tejido tiroideo circundante, aspecto homogéneo, tamaño variable. El Doppler color demuestra la presencia de vasos a nivel del hilio e hipervascularización del adenoma. El centellograma radioisotópico con MIBI tiene los mejores resultados en esta patología. **Material y métodos:** Masculino de 25 años de edad con enfermedad ulceropéptica de larga data, con hallazgo incidental de calcio y niveles de parathormona elevados además de gammagrama (MIBI-Tc99) con lesión en mediastino anterosuperior paratraqueal derecho hipercaptante. Se realiza cervicotomía exploradora evaluándose paratiroides izquierdas, normales, se identifica nervio laríngeo recurrente y se disecciona hasta mediastino. Localizamos estructura nodular de 13 mm, BTO reporta adenoma de glándula paratiroides. Calcio y fósforo de control 12 hrs después normales. Pendientes niveles de parathormona en 2 semanas. **Objetivo:** Presentación inusual de adenoma en glándula ectópica. **Conclusiones:** Recomendamos localizar preoperatoriamente la glándula afectada así mejoraremos las expectativas transoperatorias para llegar a un tratamiento resolutorio de la enfermedad ante la posibilidad de glándula ectópica.

TC-438

CISTADENOFIBROMA MUCINOSO. REPORTE DE UN CASO

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

Se trata de femenino de 68 años de edad, con antecedentes de Diabetes e Hipertensión de larga data en control, es vista en la consulta externa de 1ra vez, refiriendo un año de evolución con dolor abdominal intermitente acompañándose de vómito ocasional y plenitud postprandial, los cuales han ido en aumento. A la exploración física se palpa masa fija en epi-mesogastrio hasta hipocondrio izquierdo de aproximadamente 20 x 16 cm provocando dolor a la palpación de la misma. Se realizan exámenes de laboratorio los cuales reportan hb 13.4, leucocitos 6,000, plaquetas 208,000, glucosa 205, creatinina 0.7, urea 32, Proteínas totales 7.3, albúmina 4.2, BT 0.7, BD 0, AST 20, ALT 18, ALP 24, DHL 169, amilasa 49, TP 126%. Se toma TAC de abdomen la cual reporta imagen de aspecto quístico de aprox. 20 x 15 cm, dependiente de cuerpo y cola de páncreas. Se realiza Laparotomía exploradora encontrando lesión dependiente de cola de páncreas, firmemente adherida a bazo de aprox. 23 x 20 cm encapsulada, con lobulaciones pequeñas, transparentes y fibrosis, además el bazo se encontró congestivo por lo que se realiza Pancreatectomía distal con esplenectomía, colocando drenaje tipo saratoga. Al 3er día inicia la vía oral, retirando el drenaje y siendo dada de Alta al 5to día de operada. El reporte histopatológico fue de Cistoadenofibroma mucinoso con tejido pancreático residual y congestión esplénica aguda. Ante lesiones grandes de aspecto quístico de páncreas es indispensable su resección. Se deben destacar las dificultades diagnósticas para diferenciar clínicamente entre cistoadenoma, cistoadenofibroma o cistoadenocarcinoma y también con algunos pseudoquistes. Por esta razón debemos pensar en estos tumores cuando no existan antecedentes de pancreatitis o traumas de la región. Se señala también que a pesar del avance tecnológico en estudio por imágenes, el diagnóstico diferencial entre formas benignas y malignas es imposible, a menos que haya metástasis o invasión de órganos vecinos. Desde el punto de vista macroscópico algunos correlacionan tamaño y estirpe tumoral permitiendo afirmar que los tumores con menos de 3 cm son benignos y cuando son mayores de 8 cm

tienen altas probabilidades de ser malignos. Se indica en los primeros un seguimiento evolutivo y en los segundos la intervención quirúrgica.

TC-439

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LA APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL GENERAL DE HUICHAPAN, HIDALGO

Jaramillo AR, Mejía CJ. Hospital General de Huichapan Segundo Nivel de Atención. Departamento de Enseñanza e Investigación

Antecedentes: La causa más frecuente de dolor abdominal agudo es la apendicitis aguda. Una patología de entre los 10 y los 20 años, predominante en el sexo masculino, con incidencia de entre 1-1.5 por cada 1000 personas al año, su mortalidad va de 0.2 a 0.8 % y puede llegar hasta 5%. **Objetivo del estudio:** Conocer las características epidemiológicas de la apendicitis aguda en la población atendida en el HGT Valle Ceylán y compararla con las estadísticas nacionales y mundiales. **Material y métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo, longitudinal y observacional en el periodo del 010300 al 010304 en los pacientes con apendicitis, analizando las variables sexo, edad, fase de apendicitis aguda y la mortalidad. **Resultados:** Se estudiaron un total de 203 pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, el 60% correspondió al sexo masculino y el 40% femenino, predominando la tercera década de la vida (16- 85) media 28 años, la predominante fue la fase exudativa 60.3%, la fase complicada con 22% y la edematosa con 17.7 %. La mortalidad fue de 0.5% **Conclusiones:** En los pacientes manejados en el HGH con diagnóstico de apendicitis prevalece el sexo masculino 1.5 a 1, con predominio en la tercera década de la vida y se intervienen quirúrgicamente cuando la fase es exudativa. La mortalidad va de acuerdo a las estadísticas nacionales y mundiales.

TC-440

SÍNDROME DE GARDNER. CA DE TIROIDES, CA DE COLON CON METÁSTASIS HEPÁTICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN CLÍNICA

Carrillo MV, Carrillo MJE, Leal MJA, Pérez GG, Román GAF, Durán LA, Bautista RMA, González F, Asencio G. Servicio de Cirugía, Servicio de Oncología, Servicio de Patología, IMSS, UMAE, Torreón, Coah.

Antecedentes: El Síndrome de Gardner es una patología hereditaria, autosómico dominante, que se manifiesta por poliposis colónica, osteomas y fibromas subcutáneos acompañados en ocasiones por tumores a nivel endocrino. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de Síndrome de Gardner en una paciente femenina de 32 años de edad que como primera manifestación de su patología fue Ca de tiroides, Ca de colon y metástasis hepáticas sincrónicas. **Reporte del caso:** Reportamos una paciente tratada en la UMAE con síndrome de Gardner, Ca de tiroides y Ca colon con múltiples metástasis hepáticas sincrónicas, ésta es una manifestación rara y por ello interesante. La paciente fue sometida a tiroidectomía total y colectomía total en un mismo tiempo quirúrgico, con buena evolución, sin complicaciones y egresándose a los siete días de postoperatorio, actualmente se encuentra con quimioterapia. **Resultados:** La paciente está asintomática con estudios de laboratorio en rango normal. **Discusión:** El síndrome de Gardner en una patología hereditaria, que se manifiesta por rectorragias por poliposis colónica, el presente caso se manifestó por Ca de tiroides, Ca de colon con metástasis hepáticas sincrónicas, además de osteoma e nivel de maxilar inferior y fibromas subcutáneos en diferentes partes de la economía. **Conclusiones:** La presente patología es de diagnóstico presuncional sobre todo cuando hay antecedentes familiares de poliposis intestinal o de Ca de colon, ante esta situación se debe efectuar tamizaje familiar para detectarla antes de que se desarrolle cáncer en los órganos involucrados y así poder ofrecer una mejor atención médica y calidad de vida.

TC-441

HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE

Carrillo MV, Carrillo MJE, Leal MJA, Pérez GG, Román GAF, Durán LA, Bautista RMA, Campos MVI, Salas A, Aguirre A, Jaramillo Y. Servicio de Cirugía, Servicio de Radiología, Servicio de Patología, IMSS, UMAE, Torreón, Coah.

Antecedentes: El Hemangioma hepático es el tumor benigno más frecuente, y solamente en casos especiales requiere tratamiento quirúrgico, cuando se trata de hemangioma gigante y que involucre la vía biliar. **Objetivo:** Presentamos tres pacientes con hemangioma hepático gigante, analizamos manifestaciones clínicas, hallazgos operatorios, tratamiento quirúrgico y evolución postoperatoria. **Reporte de casos:** Reportamos tres pacientes tratadas en la UMAE en los últimos diez años que han requerido cirugía, dos de ellas en lóbulo derecho del hígado, se resecaron totalmente uno con hepatectomía derecha y otro con trisegmentectomía derecha, el primero de ellos pesó 4 200 gr. Y el segundo 3 800 gr. Una tercera paciente tenía el hemangioma en el segmento uno, a quien se le efectuó segmentectomía del lóbulo caudado. **Resultados:** Las tres pacientes presentaron excelente evolución postoperatoria sin complicaciones y fueron egresadas del hospital en la segunda semana del postoperatorio, el seguimiento en una de ellas es de diez años, en otra de cinco y la más reciente de un año, todas con control de Tomografía axial computarizada y en ninguna de las pacientes hay recidiva. **Discusión:** El hemangioma hepático gigante es una patología benigna que si se trata quirúrgicamente y con una técnica depurada no deben de existir complicaciones transoperatorias ni postoperatorias, pero se debe de manejar por cirujanos capaces con escuela y experiencia en el manejo de cirugía Hepática. **Conclusiones:** Estos pacientes se deben estudiar, controlar y manejar en hospitales de alta especialidad. Tratados quirúrgicamente por cirujanos con escuela y experiencia en el manejo de cirugía hepática.

TC-442

REPARACIÓN DE HERNIA HIATAL CON DESLIZAMIENTO POR LAPAROSCOPIA. REPORTE DE UN CASO

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

Masculino 73^a caucásico con antecedente de estenosis esofágica con dilataciones endoscópicas previas en tres ocasiones, la última año y medio previo. Acude a urgencias por presentar dolor torácico retroesternal y dificultad respiratoria de una semana de evolución, acompañado de vómitos al ingerir alimentos, ansiedad que aumenta al estar en decúbito. Rx. de tórax con burbuja gástrica en hemitórax izquierdo. Endoscopia con deslizamiento y hernia paraesofágica con 30% del estómago en hemotórax izquierdo; se programa intervención por laparoscopia con reducción y funduplicatura parcial de 180° . Realizándose endoscopia y dilatación esofágica con dilataadores de Savary, sin complicaciones. A las 24h se realiza esofagograma con fluoroscopia, normal. Entre las diversas hernias diafragmáticas, las hiatales son las más frecuentes y representan del 70 al 95%. Aparecen más frecuentemente entre la 4^a y 6^a décadas, aunque pueden ser congénitas; o depender de factores que aumenten la presión intraabdominal. De las hernias hiatales 90% son por deslizamiento (tipo I) con insuficiencia del EEI acompañada por ERGE; 5% son paraesofágicas (tipo II); y menos del 2% son mixtas (tipo III) con deslizamiento de la parte superior del estómago con ascenso del cardias. La reducción de hernia hiatal por vía laparoscópica presenta ventajas bien conocidas sobre la abierta, como son corta estancia hospitalaria, convalecencia disminuida, menor riesgo quirúrgico por invasión mínima. Siendo factible la reducción de hernias de cualquier tipo, incluso gigantes con buen pronóstico.