

## Cirujano General

Volumen **26**  
Volume

Suplemento **1**  
Supplement

Octubre-Diciembre **2004**  
October-December

*Artículo:*

### Trabajos en Vídeo

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

## TV-044

**UTILIDAD DEL TATUAJE DE UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA PROEPATORIO CON TINTA CHINA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ESÓFAGO CORTO EN PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS ANTIRREFLUJO**

Contreras AA, Lozada LJD, Abúndez PAL, Carreto AFB, Merchant CY. Sanatorio Santa Mónica. Cuernavaca, Morelos

En pacientes con sospecha de esófago corto verdadero es difícil ubicar adecuadamente la unión esofagogástrica por falta de una disección y reducción completa del saco herniario, por adherencias firmes, por dificultad técnica, por localización intratorácica sin embargo consideramos que el tatuaje de unión esofagogástrica con tinta china 05 ml en endoscopia con días o semanas previas a la cirugía facilita importantemente la disección y nos permite asegurar que el sitio tatuado permanece como segmento intraabdominal incluido en el mango de la funduplicatura, considerándose importante que cuando menos dos cm de segmento esofágico debe ser intraabdominal para asegurar una presión adecuada del EEI y disminuir al máximo las recidivas.

## TV-047

**ACALASIA. ABORDAJE TORACOSCÓPICO**

Rocha AM, Gómez HF, Ulloa RFF, Muñoz MN, Méndez SCH. Hospital Civil "Juan I Menchaca", Guad. Jal.

**Introducción:** Hoy se acepta que en el tratamiento de la acalasia el abordaje mediante mínima invasión presenta ventajas sobre el abordaje abierto, aunque es causa de debate si este debe ser por laparoscopia o por toracoscopia. La principal ventaja del abordaje toracoscópico es la oportunidad de proveer una miotomía larga sin procedimiento antirreflujo como, y baja incidencia de reflujo gastroesofágico postulando menos disrupción del ligamento frenoesofágico. **Objetivo:** Exponer la técnica quirúrgica de Miotomía tipo Heller Toracoscópica mediante video. **Técnica quirúrgica:** Con el paciente en decúbito lateral derecho bajo anestesia general balanceada, intubación selectiva del bronquio derecho y con control endoscópico transoperatorio. Se usan 4 puertos el primero 10 mm 3er EII LAP, 2º puerto 5º EII, a 3 cm de LAP, 3er puerto 5º EII LAA y 4º puerto 8º EII LAA; con retractor se separa diafragma caudalmente; se divide el ligamento pulmonar inferior, disección de pleura parietal esofágica, el esófago se localiza con ayuda de endoscopio, ventral a la aorta, se marca con línea de miotomía, dividiendo fibras longitudinales y circulares, se separa de la mucosa un 40-50% de la circunferencia del esófago, se localiza unión gastroesofágica con apoyo endoscópico y se disecciona 0.5-1 cm hacia abajo y en dirección cefálica se disecan 6 cm. Por rutina no dejamos tubo pleural y el alta promedio fue de 24 h. **Conclusiones:** El abordaje toracoscópico permite una miotomía extensa. Es un abordaje seguro en manos de un cirujano con experiencia en esta vía. No es necesario procedimiento antirreflujo.

## TV-064

**MANEJO LAPAROSCÓPICO DE HERNIA PARAESOFÁGICA**

Arenas MH, Medina DGC, González OA, Anaya PR, Munguía TD, Arenas MD

**Antecedentes:** 5% de todas las hernias hiales son paraesofágicas. Generalmente se presentan en adultos mayores con morbilidad asociada. Por su alto riesgo de encarcelamiento o estrangulación su sola presencia es considerada como indicación para la reparación quirúrgica. Ésta puede lograrse por vía laparoscópica sin embargo el procedimiento es más demandante técnicamente que una funduplicatura de Nissen. **Informe del caso:** El objetivo del video es el de presentar el caso clínico de una paciente de la 7ta década de la vida, obesa, hipertensa que presenta crisis de dolor precordial intenso y en su estudio se demuestra la presencia de una hernia paraesofágica. Estabilizada es sometida a cirugía electiva de repara-

ción por vía laparoscópica. Se describen los pasos fundamentales de la reducción del segmento herniado, la disección y retiro del saco herniario, la movilización del fondo gástrico y la división de los vasos cortos. Creada la ventana posterior se reaproxima la crura posterior al esófago reducido sin tensión al abdomen y se realice una funduplicatura de Nissen. **Conclusiones:** La reparación de una hernia paraesofágica por vía laparoscópica tiene mayor grado de dificultad que la funduplicatura de Nissen. Es fundamental la reducción, disección y extirpación del saco herniario para facilitar la reparación y el cierre sin tensión tanto del defecto de la crura como de la funduplicatura, maniobras que influyen para evitar la recurrencia. Es fundamental el seguimiento a largo plazo.

## TV-023

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

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

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

## TV-055

**RETRACTOR HEPÁTICO REUTILIZABLE O AGUJA DE TEJER EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DE HIATO**

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

**Introducción:** El inicio de la laparoscopia fue a principios del siglo XX por personajes como G. Kelling y H.C. Jacobaeus. El instrumental disponible en ese entonces era primitivo y permaneció así hasta la década de 1960 cuando Kurt Semm dio origen a la laparoscopia moderna. En la década de los 80, la utilización de materiales novedosos e instrumentos sofisticados, han dado lugar a la difusión de

esta técnica. En la actualidad es imprescindible el disminuir los costos y el cirujano se ve en la necesidad de utilizar su creatividad e ingenio para ello, sin descuidar la seguridad e integridad de su paciente y la adecuada realización de dichos procedimientos. **Objetivo:** Presentar de manera documental en video, la utilización de un instrumento de bajo costo, seguro y de fácil manejo para la cirugía de hiato. **Serie de casos:** Contamos con 12 casos a los que se les realizó cirugía de hiato vía laparoscópica en un periodo del 01 junio 2004 al 8 de julio 2004, con la utilización de aguja de tejer en vez del uso de retractor de hígado reutilizable. Fueron 8 pacientes masculinos y 4 femeninos, la edad promedio de 44 años, cirugía tipo Nissen en 10 y 2 tipo Toupet, el tiempo promedio fue de 50 minutos, no hubo complicaciones. Se cuenta con el video que muestra la utilización del retractor hepático sustituto (aguja de tejer) en la cirugía de hiato, se detalla la anatomía de la región, la manera y las variaciones de la colocación del mismo, en este tipo de cirugía.

#### TV-013

##### MANEJO POR TORACOSCOPIA DE HEMOTÓRAX COAGULADO. IMPLICACIONES MÉDICO-LEGALES.

Hernández BMA, Argüelles CF, Argüelles CJ. Hospital Regional de Petróleos Mexicanos de Cd. Madero, Tam.

**Introducción:** El cirujano general que realiza procedimiento de invasión mínima ha extendido su aplicación hacia la cirugía de tórax, su actuación puede ser muy vulnerable de acuerdo a sus resultados sí no cumple en lo tecnológico, administrativo y legal. **Objetivo:** Presentar un caso de hemotórax iatrogénico, su manejo quirúrgico, respuesta ante el comité de morbilidad del Hospital y de información familiar con respeto y veracidad. **Material y métodos:** Femenino de 17 años edad politraumatizada por accidentes automovilístico, ingresa con datos de choque hipovolémico secundario a fractura compleja de pelvis, se efectúa punción subclavia derecho, lesión pleural no detectada, transfundiéndose una unidad de paquete en hemitórax puncionado. La fractura de pelvis se trató con cirugía abierta, durante la cual se detecta hemotórax, drenado con sonda pleural con resolución parcial, evoluciona a paquipleuritis por lo cual se sometió a drenaje y decorticación por toracoscopía. **Resultados:** Evolución satisfactoria, hubo resistencia familiar inicial al procedimiento toracoscópico el cual realizaría el servicio de Cirugía General, la información de la etiología del hemotórax, de la experiencia del cirujano en procedimientos de mínima invasión. La información siempre se mantuvo con respeto y veracidad tanto ante la familia como al Comité de Morbilidad, no existiendo quejas antes la diversas instancias medicolegales. **Conclusiones:** Es necesario que los cirujanos generales en formación, tengan entrenamiento toracoscópico, y de cirugía torácica para resolver complicaciones inherentes ha dicho procedimiento, insistir no sólo en la firma del consentimiento informado sino dar un seguimiento durante todo el internamiento del hospital.

#### TV-059

##### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ABIERTO DE FEOCROMOCITOMA

Arenas MH, González OA, Anaya PR, Munguía TD, Arenas MD

**Antecedentes:** Los feocromocitomas se derivan de las células cromafines de la médula adrenal y de células neuroendocrinas del sistema nervioso simpático. Sólo la mitad de los pacientes con feocromocitoma tienen historia de hipertensión por tanto la llave para el diagnóstico es pensar en él. La tomografía computada y la resonancia magnética son los estudios más recomendables para su localización y todos ellos deben ser tratados quirúrgicamente sea por vía laparoscópica o abierta. Esta última se recomienda cuando el tumor es mayor a 5 cm. **Informe del caso:** El objetivo del video es el presentar el caso clínico de una paciente femenina de la 6ta década de la vida la cual había sido manejada por hipertensión arterial por cardiólogos mediante antihipertensivos sin control de la misma. Ingresó por crisis de hipertensión y por sospecha de feocromocitoma, es evaluada por internista la cual demuestra niveles altos en plasma de metanefrinas. La tomografía computada revela masa adrenal dere-

cha de aprox. 6 cm y la resonancia confirma el hallazgo y excluye otras localizaciones extrarrenales. Se logra un control de la hipertensión con el uso de alfa bloqueadores y es sometida a adrenalectomía derecha por abordaje subcostal derecho cursando sin complicaciones y control de la hipertensión arterial. **Conclusiones:** Es fundamental descartar el diagnóstico de feocromocitoma en todo paciente que presenta inadecuada respuesta a los antihipertensivos. La medición de metanefrinas en plasma es considerada la mayor prueba para confirmar o excluir el diagnóstico de feocromocitoma. La imagenología para localizar el o los tumores preoperatoriamente es fundamental para planear el abordaje. Aunque la cirugía laparoscópica ha sido recomendada, el tamaño del tumor mayor a 5 cm sugiere un abordaje abierto por el riesgo de siembras de tumor, fragmentación o excesiva manipulación. El éxito de la cirugía depende de una comunicación frecuente con el anestesiólogo.

#### TV-043

##### ESOFAGOGASTRECTOMÍA PROXIMAL CON SUSTITUCIÓN TOTAL DE ESÓFAGO CON COLON IZQUIERDO ANTIPERISTÁLTICO LAPAROENDOSCÓPICO POR ADENOCARCINOMA MODERAMENTE DIFERENCIADO DE UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA

Lozada LJD, Contreras AA, Abundez PA, Carreto AF, Merchant CY. Sanatorio Santa Mónica, Cuernavaca, Morelos

**Propósito:** El objetivo de este video es presentar la técnica quirúrgica por vía laparoendoscópica. **Material y métodos:** Se trata de paciente masculino de 43 años de edad con antecedente de diagnóstico de adenocarcinoma bien diferenciado de unión esofagogástrica en julio 2002. Previa intubación endotraqueal, anestesia general balanceada, se procedió a realizar laparoscopia diagnóstica, mediante colocación de trócares subcostales 11-12 mm, trocar umbilical y trocar a la mitad de la línea media y apéndice xifoides, y trocar 5 mm en flanco izquierdo revisión de vascularidad de colon izquierdo con clipaje de cólica izquierda para valorar adecuada circulación colateral a expensas de arteria marginal de Drummond y-o arteria de serpiente, disección y liberación de unión esofagogástrica, fondo gástrico, curvatura mayor y menor de estomago con grapeo quirúrgico y ligasure, disección esofágica transhiatal, endoscopia transoperatoria para dilatación pilórica con balón, introducción bajo visión directa de safenotomo, gastrectomía subtotal, incisión a nivel de borde anterolateral de esternocleidomastoideo lado izquierdo, separación del paquete vascular, exposición y transacción de esófago, anclaje de oliva del safenotomo, esofagectomía, liberación de colon izquierdo hasta tercio medio de colon transversal, ascenso y transposición de colon izquierdo antiperistáltico, anastomosis cologástrica con engrapadora Endo GIA 60, colorrectoanastomosis con engrapadora circular CEEA 28, lavado de cavidad, prueba de la llanta, prueba de azul de metileno por sonda nasogástrica, colocación de drenaje tipo Jackson Pratt, anastomosis esofagocólica en cuello. Colocación de dos sondas pleurales número 26 y 28 Fr en hemitórax derecho. Se da por terminado procedimiento quirúrgico. **Resultado:** Ameritó apoyo inotrópico con dopamina y norepinefrina, pudo ser extubado, 24 h del postoperatoria presentó tromboembolia pulmonar falleciendo el paciente. **Conclusiones:** Consideramos que es una técnica quirúrgica factible de realizar por vía laparoscópica cuando se tiene una buena circulación colónica

#### TV-011

##### RESECCIÓN TRANSHIATAL POR CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE DIVERTÍCULO ESOFÁGICO EN MEDIASTINO DISTAL

Mucio MP, Domínguez GD, García FC, Blas FM. División de Cirugía Endoscópica del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México D.F.

**Resumen:** Se trata de paciente masculino de 42 años de edad con antecedente de hemorroidectomía y fistulectomía, neurodermatitis y alergia a metoclopramida. Tres años con reflujo y pirosis manejado con tratamiento médico con control de sintomatología. Endoscopia hace dos años reporta hernia hiatal y esofagitis, gastritis crónica asociada a

*H. pylori*. En febrero del 2004 pHmetría y manometría con esfínter esofágico inferior hipotónico y exposición anormal del esófago al ácido. Esofagograma demuestra hernia hiatal y divertículo epifrénico. Se demuestra en el video la resección del divertículo con engrapadora lineal articulada a través de abordaje laparoscópico con cinco puertos demostrando la disección del esófago abdominal y del mediastinal por vía transhiatal con endoscopia transoperatoria (también demostrada en el video) para la localización simultánea del divertículo.

#### TV-008

### RESECCIÓN TRANSHIATAL LAPAROSCÓPICA DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO

Benítez BJ, Zubirán MJM, Zubirán RJM. Hospital Reg. "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE. Ciudad de México

El primer caso de resección laparoscópica de un leiomioma esofágico del segmento broncodiafragmático realizado en nuestro Hospital, se llevó a cabo en un paciente masculino de 42 años de edad en noviembre del 2003, a quien el diagnóstico de esta tumoración se realizó de manera incidental durante el control tomográfico por una pancreatitis biliar que el paciente presentara 4 meses atrás. El estudio preoperatorio incluyó serie esofagogastroduodenal (SEGD), endoscopia esofágica con toma de biopsia y tomografía axial computada. La nucleación de la tumoración de 30 cm de longitud y 70 gramos de peso se concluyó exitosamente por medio de un abordaje laparoscópico transhiatal, verificándose la integridad de la mucosa esofágica con endoscopia transoperatoria. El paciente fue dado de alta a las 30 h después de la cirugía tolerando la vía oral y con Rx de tórax normal. Un esofagograma de control se realizó a los 30 días del postoperatorio sin evidencia de obstrucción o reflujo gastroesofágico, permaneciendo asintomático después de 90 días. No existieron focos de malignidad en el estudio histopatológico y se corroboró en diagnóstico con estudios de inmunohistoquímica.

#### TV-007

### REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA TRANSABDOMINAL DE RUPTURA ESOFÁGICA EN SU TERCIO DISTAL DURANTE LA CALIBRACIÓN DE BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE

Sánchez RRJ, Chapa VR, Olivares GJC. Hospital Santa Engracia. San Pedro Garza García, Nuevo León

**Antecedentes:** Se reporta el caso de una paciente femenina de 56 años de edad, con obesidad e índice de masa corporal de 37.5 kg/m<sup>2</sup>, con incapacidad progresiva para la deambulacion durante los últimos 10 años, debido a artritis en ambas rodillas. Ella había tomado diferentes tipos de tratamientos para perder peso, sin resultados. Por esta razón ella acepto la cirugía de colocación de banda gástrica ajustable (BGA) para el tratamiento de obesidad. **Objetivos del estudio:** Este estudio presenta la técnica para diagnóstico transoperatorio de complicaciones durante la aplicación de BGA (Perforación de víscera hueca y su reparación quirúrgica). **Reporte de caso:** Se presenta el caso de una ruptura longitudinal del tercio inferior del esófago de aproximadamente 7 centímetros, el diagnóstico de la lesión durante la práctica rutinaria de prueba de la bolsa gástrica por arriba de la banda gástrica (Se realiza posterior a la colocación de la BGA) y la técnica de reparación laparoscópica del esófago. La BGA no fue retirada. **Resultados:** En el postoperatorio (PO), la paciente permaneció en ayuno durante 5 días, con apoyo nutricional parenteral con 1,800 calorías en 24 h. Se manejo quinolona intravenosa c/24 h durante la estancia de la paciente. Se practicó un esofagograma con medio hidrosoluble después de los 5 días del PO sin evidenciar fugas en el estudio y adecuado paso del material de contraste por la luz esofágica, solo demostrando una ligera estrechez en la parte más baja del esófago. La radiografía de tórax mostró un ligero derrame pleural y la biometría hemática no mostró anomalías en el 3<sup>o</sup> y 5<sup>o</sup> días de estancia. La paciente inició dieta líquida después de los estudios y posterior dieta normal. El drenaje Jackson Pratt se retiró 7 días después del PO sin complicaciones. La paciente evolucionó de forma satisfactoria y su pérdida total de peso en los siguientes 4 meses fue de 18 kilogramos

(39.4 libras). **Conclusiones:** En este caso se demuestra la importancia del examen final rutinario para valorar la bolsa gástrica por arriba de la BGA, el diagnóstico temprano de complicaciones, además de la apropiada y rápida reparación de la lesión esofágica con buenos resultados, evitando la mediastinitis como una complicación fatal.

#### TV-016

### PROCEDIMIENTO DE AKIYAMA POR LAPAROSCOPIA

Ceballos PA, Maldonado VA, Cornejo BG, Ramirez WG, Castillo GA. Hospital Angeles del Pedregal. México, D.F.

**Antecedentes:** El cáncer de esófago representa el 6% de tumores del tracto digestivo. Existen 2 variedades malignas, el adenocarcinoma y el epidermoide. El tratamiento es quirúrgico, radioterapia o quimioterapia o una combinación. El abordaje laparoscópico es una nueva opción. **Objetivo:** Analizar la evolución de un paciente posterior a esofagectomía laparoscópica asistida con mano por un tumor epidermoide. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 50 años con antecedente de enfermedad por reflujo gastroesofágico de 4 años de evolución bajo tratamiento médico, al cual se le realiza endoscopia de control encontrando tumor de tercio medio de esófago, compatible con carcinoma epidermoide mediante toma de biopsia. Se realiza TAC para etapificación y posteriormente procedimiento de Akiyama por laparoscopia asistida por mano. **Resultados:** Su evolución es favorable, no requirió ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, su evolución es satisfactoria a 3 meses de seguimiento. Patología reportó carcinoma epidermoide con infiltración focal de submucosa, extensas áreas de carcinoma *in situ* y límites quirúrgicos libres. No existe necesidad de terapia adyuvante. **Discusión:** El carcinoma epidermoide es más frecuente en personas de raza negra y en el sexo masculino; la sexta década de la vida presenta la mayor incidencia. El tabaquismo y la ingesta de alcohol representan los principales factores de riesgo. La localización más frecuente es en el tercio medio de esófago, tiene diseminación directa, hematogena y linfática. **Conclusiones:** El cáncer esofágico es un tipo poco frecuente de cáncer y que representa un reto en cuanto a su manejo quirúrgico. El abordaje laparoscópico es una nueva alternativa para estos pacientes.

#### TV-033

### TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA RESECCIÓN DE DIVERTÍCULO DE ZENKER

Alvear NM, Mondragón SA, Rosales AA, Miranda CRM, Mondragón SR. Servicio de Cirugía General y Endoscopia, Centro Médico ISSEMYM. Toluca, México

**Introducción:** El divertículo de Zenker es un divertículo por pulsión causado por aumento de presión en la fibras del esfínter cricofaríngeo. Su tratamiento quirúrgico ha sido motivo de controversia durante los últimos años ya que existen múltiples técnicas quirúrgicas y la más reciente esófago-diverticulostomía endoscópica. Probablemente la técnica quirúrgica más aceptada es la diverticulectomía más miotomía esofágica. **Presentación del caso:** Se trata de paciente femenino de 56 años de edad con historia de disfagia alta de larga evolución acompañada de halitosis y regurgitaciones. Se le realizó serie esófago-gastro-duodenal la cual fue compatible con divertículo de Zenker de 4-5 cm de diámetro y endoscopia corroborando el diagnóstico. La paciente fue sometida a exploración quirúrgica realizando diverticulectomía con esofagomiotomía alta. La evolución fue sin complicaciones y se encuentra asintomática y sin recurrencia a un año de seguimiento. Se presenta la técnica quirúrgica. **Conclusiones:** El divertículo de Zenker puede ser tratado de diferentes maneras, presentamos la técnica quirúrgica de diverticulectomía más miotomía esofágica. Esta técnica es la mejor aceptada en la literatura mundial en la actualidad.

#### TV-045

### REFUNDUPLICATURA

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

**Antecedentes:** Existen diferentes técnicas quirúrgicas descritas de procedimientos antirreflujo, sin embargo después de la popularización de la técnica Floppy Nissen descrita por Claude Bernard Dalla-magne en 1991 ha ocurrido una verdadera cascada en donde se han materializado todas las técnicas antirreflujo conocidas, sin embargo es muy frecuente observar pacientes con recidiva de enfermedad esofágica erosiva posterior a un procedimiento quirúrgico laparoscópico en el que no se había realizado el cierre de pilares en el procedimiento inicial. **Objetivo:** El propósito de este video es presentar la técnica de refunduplicatura en pacientes con procedimientos antirreflujo fallido. **Material y métodos:** Se presentan 10 casos de pacientes refunduplicados, en los que la causa principal de falla del procedimiento fue la falta de cierre de pilares, Nissen perdido y funduplicaturas en reloj de arena. **Resultados:** El procedimiento se pudo terminar satisfactoriamente en nueve de los pacientes, siendo necesario conversión a cirugía convencional en uno de ellos, la morbilidad más importante fue la perforación gástrica, no tuvimos mortalidad. **Conclusiones:** El procedimiento de Refunduplicatura es complejo, en donde es necesario tomar el tiempo adecuado para poder realizar el procedimiento, el manejo cuidadoso de los tejidos es el elemento más importante para lograr completar el procedimiento.

## TV-046

**PSEUDOQUISTE GIGANTE DE PÁNCREAS**

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

**Objetivo:** Presentar el caso de paciente con pseudoquiste gigante de páncreas, realizándose cistogastroanastomosis. **Caso clínico:** Masculino 46 años, padecimiento actual de 6 meses con la presencia de dolor tipo cólico a nivel de epigastrio, secundario a ingesta de bebidas alcohólicas, ataque al estado general y cuadro de pancreatitis aguda que se resuelve con manejo médico en su Hospital general de zona, 3 meses posteriores inicia con plenitud postprandial intolerancia progresiva a la vía oral y vómito, motivo por lo que se canaliza a nuestro servicio. A la exploración física se encuentra paciente con gran tumoración a nivel de epigastrio dura de bordes regulares y fija a planos profundos, dolorosa a la manipulación. TAC de abdomen demuestra pseudoquiste de páncreas que involucra toda la porción superior del abdomen y desplaza ambos riñones en su porción posterior, bazo en su cara lateral y su cara anterior a estómago y pared abdominal, se realiza intervención quirúrgica con hallazgos de pseudoquiste de 28 x 25 x 22 cm. Con 4,500 cc de líquido en su interior se realiza cistogastroanastomosis con toma de biopsia de la pared del mismo, evolucionando satisfactoriamente hasta la fecha. **Conclusiones:** La cistogastroanastomosis sigue siendo una buena opción en drenaje interno con pacientes con pseudoquiste de páncreas, el diagnóstico oportuno es importante ya que evitará el crecimiento tan importante como el caso presentado, todo paciente con pancreatitis deberá de estar en vigilancia continua y detectar complicaciones tardías de la misma como lo son los pseudoquistes.

## TV-024

**ENTEROSCOPIA TRANSOPERATORIA**

Moreno M, García C, Domínguez D, Blas M. Servicio de Cirugía Endoscópica. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Secretaría de Salud de México.

**Resumen:** Se presentan dos casos de pacientes con sangrado de tubo digestivo en los cuales se realizó con fines diagnósticos y de confirmación enteroscopia transoperatoria. **Primer caso:** Paciente femenino de 68 años de edad, que fue internada durante tres días por haber referido sangrado de tubo digestivo (melena), se realizó búsqueda de sangre oculta en heces, biometría hemática, pruebas de funcionamiento hepático, endoscopia gastroduodenal y colonoscopia sin evidencia de sangrado, por lo que se egresó. Una semana después presentó pérdida del estado de alerta, y evacuaciones melánicas escasas, con cuadro de abdomen agudo, por lo que se sometió a laparotomía exploradora. Du-

rante el transoperatorio se encontró un segmento de un metro de íleon con datos macroscópicos de isquemia, se realizó enteroscopia con videopanendoscopia encontrándose a 10 cm de la válvula ileocecal en sentido proximal la mucosa intestinal edematosa, friable, hiperémica en un trayecto de un metro; el resto explorado de íleon, ciego y colon ascendente de aspecto endoscópico normal; se realizó resección del segmento intestinal afectado y anastomosis. **Segundo caso:** Paciente masculino de 62 años de edad, con antecedente de alcoholismo. Se presentó en urgencias por cuadro de hemorragia de tubo digestivo bajo de dos días de evolución, con síndrome anémico secundario que requirió hemotransfusiones. La colonoscopia reveló enfermedad diverticular de colon en todos sus segmentos, con presencia de abundante coágulos en colon ascendente y ciego sin localizarse con precisión el sitio de sangrado. Por persistencia de hemorragia se realizó laparotomía exploradora. La enteroscopia transoperatoria con videopanendoscopia sin evidencia de hemorragia en íleon, y con presencia de abundante cantidad de sangre en ciego así como divertículos. Se realizó colectomía total con ileostomía. Se presentan los videos de cada caso.

## TV-041

**APENDICECTOMÍA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA**

Flórez-Zorrilla C, Cervantes-Monteil F, Ramírez C. Centro Médico ABC, Distrito Federal, México.

**Antecedentes:** La apendicectomía asistida por laparoscopia es un procedimiento alternativo que permite la adecuada exploración de la cavidad abdominal sin incremento significativo de los costos hospitalarios. **Objetivo:** Describir la técnica operatoria de la apendicectomía asistida por laparoscopia a través de un caso representativo. **Informe del caso:** Se trató de una paciente femenina de 19 años con dolor abdominal en fosa iliaca derecha de 16 h de evolución, rebote y leucocitosis. La técnica consistió en introducción del primer trócar en localización umbilical, exploración de cavidad y movilización del ciego para identificar el apéndice, se evalúan sus condiciones para exteriorizarlo a través de un segundo trócar el cual se introduce sobre la región apendicular, se retira a continuación el neumoperitoneo para su exteriorización procediendo a la apendicectomía de manera tradicional. **Resultados:** La paciente de este caso egresó a 20 h postoperatorio. Cabe señalar que en 50 casos operados con esta técnica desde 1998, la estancia hospitalaria promedio fue de 1 día, el tiempo quirúrgico fue de 25 minutos y no se presentaron complicaciones de importancia. **Discusión:** Existen reportes de esta técnica que comparan los resultados, ventajas y desventajas con la técnica tradicional y laparoscópica demostrando ser una técnica útil, de baja morbilidad y cosméticamente satisfactoria. **Conclusión:** La apendicectomía asistida por laparoscopia es un método que combina la técnica tradicional y laparoscópica, que disminuye el dolor, y permite un rápido inicio de la vía oral respecto a la técnica tradicional y que no incrementa los costos significativamente comparado con la técnica laparoscópica.

## TV-065

**OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA, UNA INADECUADA EVALUACIÓN PREOPERATORIA Y SU RESULTADO**

Sarmiento A, Arenas MH, Sanz RC, Munguía TD, Arenas MD

**Antecedentes:** La obstrucción mecánica en la enfermedad diverticular duodenal no es común, sin embargo, ocasionalmente algunos pacientes tienen síntomas obstructivos como lo son los vómitos. **Informe del caso:** Masculino de 50 años de edad, diabético, hipertenso consumidor de cocaína, quien presentaba cuadros repetitivos de suboclusión intestinal caracterizados por distensión abdominal y vómitos, motivo por el cual le realizan TAC en la cual reportan probable linfoma como causa de la obstrucción. Se le realiza endoscopia en la que se observa un estómago retencionista y del cual drenan entre 6 y 8 lts. de líquido. Ante estos hallazgos programan laparotomía exploradora para colocar sonda de yeyunostomía distal a la zona tumoral, al realizar la laparotomía no encuentran dicha zona tumoral, solo bridas

a nivel de hipocondrio y flanco izq. Y realizan apendicectomía incidental. En el postquirúrgico continúa con la misma sintomatología de distensión y vómitos, posteriormente presentando dehiscencia de la pared abdominal, por lo que lo someten a cierre quirúrgico presentando nuevamente dehiscencia de pared además de pérdida de peso, hipoalbuminemia y de continuar con la misma sintomatología. Es derivado para apoyo nutricional parenteral, momento en el que se revalora el caso por nuestro grupo, radiológicamente se detecta estenosis duodenal y un mega duodeno. Endoscópicamente estenosis duodenal, se administra durante 10 días NPT preoperatoria. Se programa laparotomía exploradora, se realiza maniobra de Kocher y se moviliza el duodeno, se realiza duodenotomía a nivel de la tercera porción, se sube asa de yeyuno transmesocólica la cual se anastomosa latero-lateral manualmente, en el transoperatorio se coloca sonda de gastrostoyeyunostomía, la gástrica a gravedad para descomprimir y se inicia alimentación enteral temprana vía yeyunal. Evoluciona satisfactoriamente, al tolerar la vía oral se realiza estudio radiológico que demuestra adecuado vaciamiento por lo que se retira extensión yeyunal y se cierra gastrostomía, la cual se retira posteriormente. **Conclusiones:** La obstrucción intestinal alta es rara, pero un cuadro clínico de vómitos de repetición más la imagen radiográfica de megaduodeno nos hacen sospechar de una obstrucción duodenal. Un mal diagnóstico de obstrucción intestinal alta ocasionó evisceración en 2 ocasiones y no se resolvió el problema. Un inadecuado diagnóstico preoperatorio causó aumento de la morbilidad y costos. El estudio integral preoperatorio evita estas complicaciones. El aumento de la presión intraabdominal por los vómitos produjo las evisceraciones. Todo aumento de la presión intraabdominal es causa de evisceración. La nutrición parenteral preoperatoria y enteral postoperatoria juega un papel fundamental para el éxito. En los casos de megaduodeno el tratamiento indicado es la derivación más que la resección.

#### TV-002

#### TERMOTERAPIA CON ALTA FRECUENCIA EN CÁNCER DE MAMA INVASOR

Medina-Franco H, Soto-Germes S, Ramírez-Alvarado CA. Departamento de Cirugía, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F.

**Antecedentes:** La tendencia de la cirugía oncológica es realizar procedimientos de mínima invasión con mejor supervivencia y calidad de vida. **Objetivo:** Comprobar la eficacia del procedimiento y registrar los efectos secundarios asociados. **Material y métodos:** Se incluirán 30 pacientes del sexo femenino,  $\geq 18$  años con diagnóstico histopatológico de carcinoma mamario invasor, tumores únicos  $< 4$  cm y axila negativa. El manejo quirúrgico y médico será realizado con las opciones terapéuticas actuales. Durante el mismo acto anestésico, se llevará a cabo ablación tumoral con radiofrecuencia guiada por ultrasonido. Se realizará evaluación de la ablación tumoral con tinciones NADH-TR. Se registrarán los posibles efectos adversos. **Resultados:** Se han incluido 13 pacientes con diagnóstico histopatológico de algún subtipo de carcinoma mamario. Promedio de lesión 2.41 cm. Cinco (38.4%) pacientes se etapificaron T1N0M0 y 8 (61.5%) T2N0M0. No se reportaron efectos adversos transoperatorios. Ultrasonográficamente se observó ablación tumoral completa. El análisis con H&E ha demostrado presencia de necrosis en todos los casos. Se reportaron como efectos adversos la formación de un seroma y presencia de una quemadura en piel de pieza quirúrgica. **Discusión:** Se requieren los resultados finales del estudio de viabilidad celular NADH-TR para determinar el porcentaje exacto de ablación. **Conclusiones:** Esta tecnología parece ser segura y de mínima invasión para el tratamiento de carcinomas mamaros en etapa clínica temprana.

#### TV-048

#### COLOSTOMÍA POR LAPAROSCOPIA EN ENFERMEDAD DE BOWEN PERIANAL. REPORTE DE UN CASO

Flores GF, Blas FM, Shuck RC, Palacios RJA, Cobarruvias RG, Herrera EJJ, Orozco FJL. Departamento de Cirugía General. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Secretaría de Salud

**Introducción:** La cirugía de mínima invasión ha ganado gran popularidad posterior al éxito en la realización de la colecistectomía por laparoscopia. La técnica endoscópica en las enfermedades colorrectales ha tomado su lugar y la realización de un estoma es una de ellas.

**Reporte del caso:** Paciente masculino de 24 años de edad, refiere relaciones homosexuales con penetración anal 18 meses previos a su valoración, tabaquismo positivo desde hace un año (10 cigarrillos al día) adicción a marihuana y cocaína desde hace un año y medio. Acude al hospital por cursar un año de evolución caracterizado por prurito anal y dolor urente con las evacuaciones así como sangrado, rojo rutilante, valorado por dermatología con presencia de hiperpigmentación en región perianal con radio de aproximadamente 3 cm. Con neoformaciones alargadas hiperqueratóticas, se toman biopsias que reporta Enfermedad de Bowen perianal. Se valora en nuestro servicio en donde programamos derivación intestinal (colostomía) laparoscópica, al primer día de realizada la colostomía se inicia dieta y al segundo día egreso hospitalario para un segundo tiempo resección amplia de la lesión y anoplastia con avances de colgajos cutáneos. **Discusión:** En la literatura no se reporta específicamente la realización de estoma en enfermedad de Bowen. Nosotros la realizamos con la intención de que nos permitiera realizar una resección amplia del carcinoma intraepitelial con márgenes libres de tumor y poder lograr una adecuada cicatrización.

#### TV-022

#### PROCTOCOLECTOMÍA TOTAL CON MUCOSECTOMÍA, RESERVORIO ILEAL EN J POR POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR Cervantes CJ, Fenig RJ, Campos CF, Porras RM.

**Antecedentes:** El tratamiento idóneo para los pacientes con PAF es la resección e toda la mucosa de colon y del recto anteriormente este objetivo se cumplía con la colectomía e ileostomía permanente, actualmente los avances técnicos hacen posible realizar procedimientos para preservar el esfínter anal y proporcional al paciente mejor calidad de vida. **Objetivo:** Presentar el video la técnica quirúrgica de la proctocolectomía total con mucosectomía anal como tratamiento definitivo en la PAF. **Material y métodos:** Presentación en video de un caso con descripción de técnica quirúrgica con duración de 10 minutos. **Resultados:** Mejor calidad de vida de pacientes que reciben tratamiento con intención curativa en entidades como PAF, CUCI entre otros. Utilizando los avances técnicos. **Conclusión:** La proctocolectomía total con mucosectomía y reservorio ileal en J a demostrado ser el tratamiento de elección para pacientes con patologías colónicas como PAF y CUCI. Con mejores resultados funcionales y mejor calidad de vida.

#### TV-010

#### CASO DE PACIENTE DE 46 AÑOS DE EDAD CON HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO (INDICATIVO DE TORACOTOMÍA EN SALA DE URGENCIAS)

Plascencia MG, Simón MA. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, Hospital General Balbuena. México, Distrito Federal

**Antecedentes:** Presentamos el caso de paciente masculino atendido en nuestro hospital con presencia de HPPAF en área de Murdock y con presencia de indicación para realizar toratomía en sala de urgencias. **Objetivo de estudio:** Conocer y aplicar las indicaciones de la toracotomía realizada en sala de urgencias. **Informe de caso:** Se recibe paciente de 46 años de edad en el servicio de trauma y choque se encuentra a su ingreso con hipotensión de 60/30 mmHg así mismo diaforético somnoliento con pupilas mióticas con Glasgow de 8 con choque hipovolémico grado IV secundario a herida por proyectil de arma de fuego a nivel de la línea medio clavicular izquierda y entre el 5° y 6° arco costal el paciente presenta a los 5 minutos de inicio de reanimación con cristaloides e intubación oro traqueal paro cardio-respiratorio se procede a realizar toracotomía anterolateral izquierda se encuentra presencia de hemotórax de 700 cc así mismo lesión de pericardio a nivel de ventrículo izquierdo y se observa lesión de diafragma se inicia masaje cardiaco directo obteniendo respuesta a las

maniobras avanzadas de reanimación el paciente presenta de nuevo presión arterial de 90/40 mmHg y frecuencia cardiaca de 100 por minuto se procede a pasar a quirófano en el que se realiza laparotomía exploradora en el que se encontró lesión de estómago, cuerpo de páncreas, vesícula biliar, segunda y tercera porción de duodeno. **Discusión y conclusiones:** Las indicaciones de toracotomía en sala de urgencias sin duda es un recurso de rescate el cual deberá de ser realizado con destreza y rapidez con el objetivo de controlar lesiones graves que puedan ser resueltas posteriormente en sala de quirófano y de esta manera preservar la vida del paciente.

#### TV-061

#### HERNIOPLASTÍA INGUINAL TIPO LICHTENSTEIN UTILIZANDO MALLA VYPRO CON ANESTESIA LOCAL

Munguía TD, González OA, Anaya PR, Arenas MH, Arenas MD

**Antecedentes:** Hace 20 años se inició el concepto de la hernioplastia libre de tensión en el Instituto de Hernias de Lichtenstein y es considerado actualmente el estándar de oro para el manejo de la hernia de la región inguinal ya que puede realizarse bajo anestesia local con baja morbilidad y costo. **Informe del caso:** El objetivo del video es el de presentar el caso de un paciente de la 2a década de la vida con una hernia inguinal indirecta, el cual es sometido bajo anestesia local al procedimiento de Lichtenstein, el cual consiste en un reforzamiento completo del piso del canal inguinal en este caso utilizando una malla de vypro y la creación por medio de ésta de un anillo interno nuevo. La malla compuesta de vycril y polipropileno 50 a 50 permite la mayor flexibilidad y moldeo anatómico de los tejidos, absorbiéndose la parte de vycril y manteniéndose el monofilamento para promover la fibroplasia. **Conclusiones:** El método de anestesia local es la elección preferida para las hernias inguinales reductibles del paciente adulto. La técnica de Lichtenstein es segura, simple, efectiva, económica y exenta de efectos postanestesia.

#### TV-039

#### NEFROLITOTOMÍA ANATRÓFICA EN EL TRATAMIENTO DE LITIASIS CORALIFORME

Ramírez SJ. Hospital General de Zona No. 6 IMSS Cd. Valles, SLP

**Antecedentes:** Cullen y Derge, en 1911 fueron los primeros cirujanos en realizar la primera extracción de cálculos coraliformes. La nefrolitotomía anatrófica (NLA), introducida por Boyce y Smith, fue por muchos años el procedimiento de elección para la eliminación quirúrgica de cálculos renales coraliformes. **Objetivo:** Demostrar que el tratamiento de la litiasis coraliforme por NLA es posible de realizar en un hospital de segundo nivel de atención, en el servicio de cirugía general. **Material y métodos:** Paciente femenino de 51 años con litiasis coraliforme izquierda a la cual se le realizó resección del 11avo arco costal, disección renal, identificación del hilio renal, pinzamiento de la arteria renal e isquemia fría con solución fisiológica, incisión longitudinal en la línea de Brödel, extracción del lito coraliforme, colocación de catéter doble "J", calicerrafía y nefrorrafía. **Resultados:** Se realizó NLA el 18 de octubre del 2001, por litiasis coraliforme izquierda, con radiografía en el transoperatorio en que se verifica que no hay litiasis residual. Buena evolución postquirúrgica egreso hospitalario el 25 de octubre del 2001. Actualmente (2004) asintomática. **Conclusiones:** La mayor parte de los cálculos coraliformes pueden ser extraídos sin operación abierta. El procedimiento de nefrolitotripsia percutánea y litotricia extracorpórea con ondas de choque es la alternativa actual, pero la NLA es una alternativa quirúrgica válida y necesaria para lo cual es indispensable conocer la anatomía quirúrgica renal para poder efectuarla.

#### TV-005

#### PSEUDOANEURISMA DE CARÓTIDA. MANEJO CON PUENTE DE VENA SAFENA INVERTIDA AUTÓLOGA

Zambrano GJA, Muñoa A, Santaella SMJ. Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa". Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

**Antecedentes:** Los pseudoaneurismas o falsos aneurismas constituyen una alteración en la continuidad arterial con extravasación de sangre a tejidos circundantes, formando una cápsula de tejido fibroso y que son de crecimiento progresivo. **Objetivo:** Presentar el video del manejo de un pseudoaneurisma de carótida izquierda con puente de vena safena invertida autóloga. **Presentación del caso:** Masculino de 37 años de edad con el antecedente de haber sufrido lesión de cuello con objeto punzocortante en zona I tres meses previos a su ingreso. Inicia con aumento de volumen progresivo no doloroso en cara lateral izquierda de cuello de región supraclavicular. Se observa tumoración en región supraclavicular a la izquierda de la línea media, de 5 cm de diámetro, pulsátil, con thrill y soplo, que desplaza la tráquea hacia el lado contrario. Doppler evidencia zona de turbulencia con comunicación a carótida común izquierda. Arteriografía demuestra integridad de troncos, no se logra evidenciar comunicación. **Resultados:** Se realiza exploración de cuello, esternotomía, control vascular proximal y distal, drenaje de pseudoaneurisma, puente con vena safena invertida autóloga carótido-carótido termino-terminal. Se observa lesión de arteria carótida común izquierda en un 80% a 2 cm de su nacimiento. **Conclusiones:** Los pseudoaneurismas son una patología poco frecuente, sin embargo son un reto terapéutico sobre todo si se localizan en arterias tan importantes como las carótidas. Si el abordaje quirúrgico es el adecuado así como el control vascular los resultados, así como el pronóstico del paciente serán favorables.

#### TV-035

#### RESECCIÓN DE PÓLIPO ESOFÁGICO FIBROVASCULAR GIGANTE

Mondragón SA, Alvear NM, Rosales AA, Miranda CRM, Mondragón SR. Servicio de Cirugía General y Endoscopia, Centro Médico ISSEMYM. Toluca, México

**Introducción:** Los pólipos esofágicos fibrovasculares son lesiones raras del esófago, en la literatura mundial se han reportado menos de 80 casos. Su presentación clínica generalmente es con disfagia y su tratamiento es resección ya sea endoscópica o quirúrgica de acuerdo a su localización y tamaño. **Presentación del caso:** Se trata de paciente femenino de 54 años de edad con historia de disfagia alta progresiva, sensación de cuerpo extraño y referia salida de un tumor a través de la boca la cual volvía a deglutir en varias ocasiones. A la EF se encontraba sin datos relevantes a excepción de salida de una lesión pediculada a través de la boca con protusión de más de 8 cm fuera de la arcada dentaria y con 2.5 cm de diámetro en la punta. Se realizó endoscopia encontrando lesión pediculada dependiente del esófago con pedículo 2 cm por debajo del músculo cricofaríngeo que se extendía casi hasta la unión esofagogástrica. Se realizó SEGĐ corroborando lo anterior. La paciente fue sometida a resección quirúrgica del pólipo por cervicotomía y esofagotomía. Evolucionó de manera adecuada y se encuentra asintomática en la actualidad. Se presenta la técnica quirúrgica. El resultado histopatológico fue de un pólipo fibrovascular gigante. **Conclusiones:** Los pólipos fibrovasculares son lesiones sumamente raras que puede crecer hasta tener varios centímetros de longitud y con potencial maligno. Cuando son pequeños su tratamiento puede ser resección endoscópica sin embargo cuando su localización o tamaño dificultan esta técnica su tratamiento es quirúrgico por cervicotomía o toracotomía.

#### TV-009

#### LARINGECTOMÍA GLÓTICA TRANSVERSA

Berdeal E, Alustiza I, Rodríguez E, Cisneros E, García I, Ávalos F, Uribe H. Departamento de Cirugía General. Hospital Universitario de Saltillo. Saltillo, Coahuila, México

**Objetivo:** Relevancia quirúrgica de la técnica que preserva la funcionalidad laríngea, así como sus indicaciones en el manejo del cáncer glótico y sus resultados foniatrícos. **Material y métodos:** Masculino de 78 años con antecedente de carcinoma de células escamosas glótico T1N0M0 de cuerda vocal derecha en 1996 tratado con radioterapia. En controles anuales se evidencian cambios del tono de voz y lesión en cuerda vocal izquierda y comisura anterior en

octubre del 2003. Evaluado en la clínica 25 del IMSS de Monterrey donde le realizan laringoscopia directa y biopsia reportándose carcinoma de células escamosas. Le proponen laringectomía total simple, la cual rechaza. Evaluado por primera vez en febrero del 2004, encontrando lesión sobre elevada en 1/3 anterior de cuerda vocal derecha y comisura anterior. Se realiza laringoscopia directa y mapeo laríngeo e hipofaríngeo con indicios clinicopatológicos de enfermedad confinada únicamente a la región glótica, se propone laringectomía glótica transversal. Se realiza laringoscopia directa descartándose afección a otro nivel de laringe o hipofarínge. Se hace traqueotomía y posterior laringectomía glótica transversal con BTO de márgenes quirúrgicos, se reinsertan las bandas ventriculares en apófisis vocales. Se indica nutrición enteral, egresa en 3 días; a los 10 encontramos luz glótica y movilidad de neocuerdas adecuada, se retira traqueostomo y SNY se refiere a foniatría.

**Resultados:** Control a los dos meses sin evidencia de enfermedad y funcionalidad aceptables. **Conclusiones:** La laringectomía glótica transversal es un procedimiento oncológico con indicaciones precisas que logra preservar la funcionalidad de la estructura laríngea sin comprometer los resultados oncológicos.

#### TV-026

##### TIROIDECTOMÍA SIN SUTURAS Y CON ANESTESIA LOCAL

Ortega LLH, Vargas DA, López LJM, Ramírez HD. Hospital General de México O.D. México, D.F.

El objetivo del video es mostrar la técnica de la tiroidectomía con el uso del sistema de sellado de vasos (Ligasure) en vez de la sutura convencional y el uso de anestesia local. Se describe la técnica de la tiroidectomía realizada con el empleo del Ligasure y con la aplicación de anestesia local, no fue necesario la aplicación de la cánula endotraqueal, al término de la cirugía la recuperación de la paciente fue rápida y su evolución satisfactoria, sin ninguna complicación.

#### TV-021

##### TÉCNICA POR PUERTO PERCUTÁNEO, PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTER BLANDO DE DIÁLISIS PERITONEAL

García MJ, Vázquez REE, Nava PC, García MG, Guzmán VYA. Hospital General de Zona 194, IMSS y el Hospital de Concentración Satélite, ISSEMYM

**Objetivo:** Describir una técnica que permita un buen acceso peritoneal, disminuir tiempo quirúrgico, riesgo anestésico-quirúrgico, reintervención, estrés preoperatorio, y mejorar los resultados funcionales de la diálisis peritoneal. **Pacientes:** 107 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal aguda y/o crónica, 1º de septiembre 2003 al 30 de junio 2004. **Técnica:** Paciente, decúbito dorsal, antisepsia abdominal, incisión línea media, infraumbilical de 6-7 mm, disección roma hasta aponeurosis, introducción de PUERTO PERCUTÁNEO ha cavidad peritoneal, se dirige catéter blando con guía de alambre a hueso pélvico, se administra 1,000 a 2,000 cc solución de diálisis al 1.5%, tunelización subcutánea del catéter, cierre de herida nylon 000. **Resultados:** En 107 pacientes de 4 días a 57 años de edad, 66 hombres, 42 mujeres, 100 pacientes como primera opción, y 7 con catéter y/o cirugías previas; colocación exitosa en 100%, 8 pacientes requirieron recolocación (técnica abierta), control radiográfico en 89 casos seguimiento al 100%, viven 86 pacientes y el catéter funciona bien, mortalidad de 21 pacientes por complicaciones ajenas al procedimiento, 0.0% de lesiones transoperatorias, un paciente presentó reflejo vagal transoperatorio. **Conclusiones:** Es una técnica que disminuye riesgo anestésico quirúrgico, no quirófano, menor material y tiempo quirúrgico, menor estrés al paciente e inicio de la vía oral inmediata, es una técnica eficaz a considerarse como primera opción o como alternativa.

#### TV-056

##### MANEJO QUIRÚRGICO DE FÍSTULA PANCREÁTICA SECUNDARIA A ENUCLEACIÓN DE CISTOADENOMA DE CABEZA DE PÁNCREAS

Arenas MH, Medina G, Ibarra A, González OA, Anaya PR, Barrera TH, Munguía TD, Arenas MD

**Antecedentes:** Con el advenimiento de la tomografía computada, las lesiones quísticas del páncreas han sido identificadas con mayor frecuencia. El manejo quirúrgico de dichas neoplasias está basado en el conocimiento del diagnóstico diferencial, la historia natural de la neoplasia y la capacidad del cirujano. **Informe del caso:** El objetivo del video es el de presentar el caso clínico de una paciente de 19 años de edad que se presenta con cuadro de dolor abdominal y se detecta en su estudio hiperamilasemia. La tomografía computada demuestra tumoración quística a nivel de la cabeza de páncreas y una CPRE no demuestra comunicación aparente con el ducto de Wirsung sin dejarse prótesis en éste para el transoperatorio. Se somete a enucleación de la neoplasia y la base del tejido pancreático de donde emergía el tumor es afrontado. En el postoperatorio cursa con cuadro de pancreatitis manifestado por dolor, vómito e hiperamilasemia y presenta tempranamente una fístula pancreática la cual es manejada con reposo de tubo digestivo, octreotida y nutrición parenteral sin lograr el cierre de la misma después de 6 semanas de postoperatorio. La paciente se le realiza una CPRE que demuestra amputación del Wirsung a nivel de la cabeza de páncreas por lo que reintervenimos a la paciente para realizar una derivación de la cabeza del páncreas a una asa en Y de Roux con lo que se logró el cierre de la misma. **Conclusiones:** Las neoplasias quísticas del páncreas deben ser siempre resecaadas, sin embargo la canulación del conducto de Wirsung mediante una prótesis en el preoperatorio ayuda a identificar en el transoperatorio la afectación de éste durante la resección de la tumoración y a derivar la zona afectada de la resección y así prevenir la fístula pancreática, disminuyendo altos costos por el manejo conservador de la complicación.

#### TV-034

##### CISTOGASTROSTOMÍA EN Y DE ROUX LAPAROSCÓPICA PARA DRENAJE DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Mondragón SA, Luna ME, Plazola CLG, De Giau Trulzi L, Mondragón SR. Departamento de Cirugía General y Endoscopia. Centro Médico ISSEMYM. Metepec. Estado de México

**Antecedentes:** Los pseudoquistes pancreáticos son complicaciones tardías asociadas a pancreatitis crónica o traumatismos. Su tratamiento quirúrgico está indicado cuando son sintomáticos y mayores a 6 cm. El manejo mínimo invasivo por laparoscopia es un tema actualmente controversial por la escasa cantidad de casos y ser técnicamente difícil. Existen pocos reportes en la literatura a nivel mundial de este procedimiento. **Presentación de caso:** Se trata de paciente masculino de 35 años de edad, con antecedente de alcoholismo intenso desde los 23 años de edad. Hospitalizado por cuadro de pancreatitis grave (etélica) en octubre del año pasado, que ameritó manejo intrahospitalario en cuidados intensivos. Seis a ocho semanas después presenta dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo y mesogastrio, palpándose tumoración a este nivel. Se realizó tomografía de abdomen y CPRE con evidencia de pseudoquiste pancreático 20 cm a nivel de cola de páncreas, comunicado al conducto principal. Se dio tratamiento conservador y seguimiento sin tener regresión del pseudoquiste por lo que se decidió su tratamiento quirúrgico. Se realizó cistoyeyunosotomía en Y de Roux laparoscópica, evolucionando sin complicaciones postoperatorias y egresado en buenas condiciones generales. Actualmente se encuentra asintomático en controles subsecuentes. **Conclusiones:** El drenaje laparoscópico de pseudoquistes pancreáticos es factible y efectivo con baja morbilidad o mortalidad asociada. Debe ser realizado en centros con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada.

#### TV-058

##### DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS A NIVEL DEL ÁNGULO DE TREITZ. MANEJO EN ETAPAS

Arenas MH, González OA, Anaya PR, Munguía TD, Arenas MD



**Antecedentes:** Las anastomosis del tubo digestivo son realizadas frecuentemente por el cirujano general en su práctica diaria. La dehiscencia de una anastomosis es consecuencia de factores técnicos o consecuencia de isquemia tisular y ocasiona morbi mortalidad elevada ya que se acompaña de peritonitis secundaria difusa. La meta del manejo de esta complicación es el control de la fuente de la infección a través de la exteriorización de los segmentos involucrados y el restablecimiento de la continuidad intestinal debe ser retardado hasta la resolución de la infección aun en localizaciones proximales. **Informe del caso:** El objetivo del video es el de presentar el caso de una dehiscencia de anastomosis proximal al ángulo de Treitz la cual fue manejada por una reanastomosis y en el cual se ejemplifican los principios quirúrgicos que el cirujano debe seguir para lograr el control quirúrgico adecuado de la fuente de la infección, el manejo nutricional domiciliario y finalmente la reconstrucción de la continuidad duodeno yeyunal. **Conclusiones:** La exteriorización de los segmentos involucrados en la dehiscencia de una anastomosis aun en localizaciones proximales y la reoperación programada para remover la contaminación asociada y la prevención de la contaminación debe ser la meta del cirujano para lograr el control de la fuente de la infección. El manejo nutricional e hidroelectrolítico en domicilio es fundamental para mejorar el estado nutricional y disminuir costos de hospitalización prolongada y la continuidad debe ser restablecida tardíamente.

#### TV-049

#### DERIVACIÓN PANCREÁTICO-YEYUNAL LATERO-LATERAL (OPERACIÓN DE PUESTOW)

Prado E, Justo JJM, Enríquez R. Servicio de Cirugía. Hospital General "Dr. Eduardo Vázquez Navarro". Puebla, Pue.

**Introducción:** La pancreatitis crónica es un padecimiento raro en nuestro medio. Se puede acompañar de insuficiencia exocrina y/o endocrina, pero uno de los síntomas más característicos es el dolor. Cuando éste no se trata fácilmente con analgésicos se recomienda el tratamiento quirúrgico. **Caso clínico:** Se trata de paciente femenina de 42 años, con antecedente de colecistectomía abierta hace 10 años por CCL. Actualmente con dolor abdominal en mesogastrio de varios meses de evolución, con exacerbaciones y remisiones. Sin hiperglicemia ni diarrea y/o esteatorrea. Ingresa a urgencias por exacerbación del dolor abdominal y vómito. Con leucocitosis de 15,800 y un US con litos en topografía de vesícula confirmando sin embargo, ausencia quirúrgica de vesícula. Se tomó TAC: Litos en conducto pancreático. Se decide llevar a derivación pancreático yeyunal latero-lateral. Se presentará video en sesión. Evolución postoperatoria: Estancia (para vigilancia) en UCI de 24 horas. Egreso sin complicaciones al 7° día. Evaluaciones de seguimiento a la 2ª y 3ª semanas y a los dos meses. Asintomática y sin analgésicos. Sin datos de insuficiencia endocrina y/o exocrina. **Discusión y conclusiones:** La pancreatitis crónica es rara en nuestro medio. El dolor de difícil control es una de sus manifestaciones frecuentes. En estos casos la derivación pancreático yeyunal latero-lateral (Operación de Puestow) es la mejor alternativa ya que en la mayoría de los pacientes es posible suspender la necesidad de analgésicos. La cirugía no tiene impacto en la función residual endocrina ni exocrina del órgano.

#### TV-038

#### ASPECTOS TÉCNICO-QUIRÚRGICOS EN LA COLOCACIÓN DEL CATÉTER DE TENCKHOFF

Ramírez SJ. Hospital General de Zona No. 6 IMSS CD. Valles, SLP

**Antecedentes:** En 1968 Tenckhoff reportó el uso de un catéter blando de silicón para diálisis peritoneal, de uso principalmente en pacientes con insuficiencia renal crónica. **Objetivo:** Mostrar una técnica quirúrgica "ideal" para la colocación del catéter de Tenckhoff, con lo cual se busca mejorar la calidad de vida en los pacientes nefrópatas. **Material y métodos:** Informe de la aplicación quirúrgica del catéter de Tenckhoff en donde como puntos a considerar es la ubicación del extremo intraperitoneal en cavidad pélvica, realizando un conducto con

peritoneo parietal, ubicación de los cojinetes, trayecto del túnel subcutáneo, plicatura y fijación del epiplón a epigastrio. **Resultados:** Verificación de la funcionalidad del catéter Tenckhoff en el transoperatorio realizando tres o cuatro recambios de entrada por salida con solución de diálisis al 1.5% con 2,000 cc con tiempo de entrada y salida para cada uno de aproximadamente 10 minutos y balance neutro. **Conclusiones:** Las principales causas de retirar el catéter Tenckhoff son migración, obstrucción e infección las cuales se logran disminuir al fijar el catéter Tenckhoff con un túnel de peritoneo parietal, fijar el epiplón a epigastrio y al realizar un túnel subcutáneo de aproximadamente 5 cm de longitud. Dicha técnica quirúrgica reúne las condiciones para ser considerada como "ideal" para la colocación de catéter Tenckhoff en pacientes con insuficiencia renal crónica.

#### TV-006

#### PANCREATECTOMÍA DISTAL LAPAROSCÓPICA (VIDEO)

Franklin ME, Glass JL, Jaramillo EJ, Treviño JM. Texas Endosurgery Institute. San Antonio, Texas. USA

**Antecedentes:** El desarrollo de nueva tecnología laparoscópica hace posible las resecciones laparoscópicas del páncreas. La evidencia actual muestra que estos procedimientos no se asocian con un incremento en la morbimortalidad comparados con los resultados de resecciones pancreáticas abiertas. **Objetivo:** Mostrar la factibilidad y técnica de la pancreatomectomía distal laparoscópica.

**Informe del caso:** Paciente femenino de 50 años de edad, sin antecedentes de importancia, quien durante el protocolo de estudio de dolor abdominal epigástrico se encontró un tumor quístico en la cola del páncreas. La TAC y RMN de abdomen mostraron un tumor en la parte posterior de la cola del páncreas de 20 mm, redonda y de baja densidad (14 UH), con mínimo refuerzo de los septos y sin componente sólido significativo, sin dilatación del conducto pancreático y sin linfadenomegalias peripancreáticas. Se realizó el procedimiento a través de cinco trócares (cuatro de 5 mm y uno de 12 mm). Se expuso el saco menor a través del ligamento gastrocólico el cual fue seccionado con bisturí armónico laparoscópico. Se localizó el tumor quístico con ultrasonido laparoscópico y se realizó la disección de la parte distal del páncreas en su borde inferior y superior y de la vena y arteria esplénica utilizando bisturí armónico hasta lograr una ventana a través de la parte media del cuerpo pancreático. Se realizó la resección pancreática utilizando engrapadora laparoscópica GIA-60 con material de refuerzo bioabsorbible en la línea de engrapado. Se logró preservar el bazo. Se realizó extracción de la pieza quirúrgica utilizando bolsa extractora y se colocó drenaje de Jackson-Pratt en el lecho quirúrgico. **Resultados:** El tiempo quirúrgico fue de 161 minutos y la pérdida sanguínea de 25 cc. El reporte definitivo de patología mostró adenoma microquístico seroso de 2.6 x 1.4 cm (cistadenoma seroso). La paciente presentó fiebre en el primer día postoperatorio secundario a atelectasias pulmonares bibasales. Se inició la vía oral en el primer día postquirúrgico. Se retiró el drenaje al quinto día postquirúrgico gastando 10 cc de líquido claro y se dio de alta al quinto día. **Discusión:** Las indicaciones de una pancreatomectomía distal laparoscópica son pancreatitis crónica, tumores de células de los islotes y cistadenomas benignos. Este procedimiento abierto se asocia con una morbilidad del 10 al 30% generalmente secundaria a fuga pancreática, y mortalidad del 6%. El procedimiento laparoscópico se asocia a fuga pancreática en 7.3% de los casos y no mortalidad, con una tasa de conversión de aproximadamente 20%. Las contraindicaciones relativas son obesidad y cirugía previa en el abdomen superior. **Conclusión:** La pancreatomectomía distal laparoscópica realizada por cirujanos experimentados es factible, segura, se asocia a baja morbilidad y la recuperación postoperatoria es comparable con la cirugía abierta.

#### TV-052

#### MANEJO LAPAROSCÓPICO DE QUISTE HEPÁTICO ÚNICO, NO PARASITARIO. REPORTE DE UN CASO

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

**Introducción:** La poliquistosis hepática es una enfermedad congénita, rara, transmitida como carácter autonómico dominante, es más frecuente en mujeres. Sin embargo, la presencia de quistes hepáticos simples sin la asociación de quistes a otros niveles es sumamente raro, es por ello que ponemos a consideración el siguiente caso. **Reporte del caso:** Femenino de 48 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica controlada con captopril 1 x 1, salpingoclasia hace 19 años, G: VII, P: VII, FUM: 8 marzo/2004. **Padeamiento actual:** Lo inicia hace 30 años con sensación de plenitud postprandial, malestar gástrico con dolor tipo urente, y distensión abdominal, dolor en hipocondrio derecho ocasional, fue manejada con medicamentos al parecer antiespasmódicos e inhibidores H2, sin mejoría, motivo por lo que acude a nuestro servicio. En la consulta externa presentó clínicamente, buena coloración de tegumentos, cardio-pulmonar sin compromiso, abdomen globoso por pániculo adiposo, dolor a la palpación a nivel de hipocondrio derecho, Murphy positivo. Se realizan estudios de extensión. Ultrasonido de hígado y vías biliares: Lóbulo izquierdo con patrón ecogénico normal, vesícula con pared de 2 mm, sin sombras acústicas, 5 x 2.5 x 3 cm, lóbulo derecho con lesión redondeada, anecoica de 8 cm de diámetro, único. TAC Abdomen: Lesión única, hipodensa en lóbulo derecho, segmento VII, de 8 cm de diámetro aproximadamente, con discreta compresión y desplazamiento de la vesícula. Es programada para destechamiento de quiste hepático simple en segmento VII, por vía laparoscópica.

#### TV-029

#### ABSCESO HEPÁTICO. DRENAJE LAPAROSCÓPICO: UNA OPCIÓN VIABLE CON MÍNIMA INVASIÓN

Moreno-Portillo M, Vela-Sarmiento I, González-Monroy LE, López Toledo-González A, Pérez-Dosal, Sanjuán-Martínez CA, Cervantes-Díaz JP, Domínguez-Guzmán D, García-Flores C, Palacios-Ruiz JA. Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

**Antecedentes:** El drenaje de abscesos hepáticos había sido realizado a través de radiología intervencionista y cirugía tradicional. Actualmente la cirugía de invasión mínima abre nuevos caminos en el manejo de esta patología, siendo un método seguro y útil para el tratamiento, el cual puede en ocasiones reemplazar la cirugía convencional. **Objetivo:** Reportar el drenaje de un absceso hepático con cirugía de invasión mínima de manera exitosa. **Materiales y método:** Presentación de vídeo. Reporte de caso de absceso hepático drenado por vía laparoscópica. **Descripción del caso:** Masculino de 60 años de edad con episodios intermitentes de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de 3 semanas de evolución acompañado de fiebre, náusea y vómito, con imposibilidad para evacuar y canalizar gases. Exploración física abdomen distendido, dolor a la palpación media y profunda de hipocondrio derecho sin datos de irritación peritoneal. Exámenes de laboratorio únicamente mostrando leucocitosis, se realiza USG de hígado y vías biliares reportando litiasis vesicular e imagen hipoecoica de contornos regulares bien definidos de 10 cm en lóbulo derecho por lo que se realiza TAC donde se observa imagen hipodensa de 10 x 5 cm, con bordes bien de limitados que refuerza con contraste. Se efectúa exploración quirúrgica con técnica de mínima invasión encontrando absceso hepático en lóbulo derecho de 15 x 10 cm con salida de 1,500 cc de material purulento, se destecha y se lava cavidad. Se envía muestra a citológico reportándose negativo para malignidad, y serológico negativo para enfermedad hidatídica. El paciente presenta buena evolución postquirúrgica. **Conclusión:** El drenaje del absceso hepático vía cirugía de mínima invasión fue eficaz y seguro con buen resultado postquirúrgico, sin la presencia de infección de herida quirúrgica.

#### TV-018

#### TRAUMA CERRADO: LESIÓN HEPÁTICA GRADO III TRATADA POR LAPAROSCOPIA

Aguilar VS, Olmedo R, Olmedo EJ, Aguilar SSA, de Olmedo B. Téc. Laparosc. Sandra Ruiz. Hospital Santa Teresa de Irapuato

**Introducción:** Las lesiones hepáticas por trauma cerrado de abdomen tienen una mortalidad del 6 a 20%. Se pueden tratar conservadoramente, en el Hospital Central Militar el Dr. Ignacio Magaña trató 5 pacientes sin operarlos con éxito. El tratamiento quirúrgico ha sido por cirugía abierta, pero es probable que la cirugía endoscópica dé mejores resultados. **Materiales y métodos:** Se presenta un caso de un paciente masculino de 40 años, que el día 5 junio 2003 sufre accidente al chocar contra vehículo estacionado en la carretera, fue atendido en Hospital de Pénjamo, Gto., lo encontraron hemodinámicamente estable pero un ultrasonido reveló hemoperitoneo, lesión hepática y hematoma en bazo, motivo por el que es trasladado a nuestro Hospital 14 horas más tarde, a su ingreso observamos un paciente masculino de aspecto corpulento, inquieto, quejándose de dolor abdominal, con gran distensión, resistencia muscular, ausencia de peristalsis, además de notarse trauma facial y fracturas costales bilaterales. La tele de tórax no mostró hemotórax ni neumotórax. Se decidió intervención quirúrgica. Los hallazgos fueron: Hemoperitoneo de aprox. 900 ml, gran lesión hepática de aprox., 16 x 8 x 4 cms, tenía ruptura hepática y gran hematoma que abarcaba los segmentos IV, V, VI, VII. El bazo fue normal. Se operó con 5 trócares. Se exploró la cavidad, se aspiró la sangre, se le colocaron dos gelfoam hacia la parte que sangraba, se observó que el sangrado cedió, se colocaron dos drenajes cerrados hacia subfrénicos. El tiempo quirúrgico fue de dos horas veinte min. En el postoperatorio inmediato en quirófano se observó la cantidad de sangre a través de los drenajes, a razón de 50 ml por 20 min en primeros 60 minutos, luego disminuyó a 30 ml por 20 min., luego 20 ml en siguientes 20 min, y finalmente en las 10 horas siguientes sólo salieron 50 ml de sangre. Luego salió secreción serosa limpia. La TAC, postoperatoria mostró hematoma y lesión de 1/3 del hígado y en una toma sección casi total. **Resultados:** Evolucionó muy bien, se retiró un drenaje a las 48 h, nunca drenó bilis ni secreciones anormales por drenajes, nunca desarrolló ictericia, sepsis u otra complicación. Toleró vía oral a las 36 horas, se dio de alta a los 5 días, en 21 días se le extrajo la otra sonda de drenaje, fue consultado dos semanas, al mes y seis meses más tarde, encontrándolo en excelentes condiciones de salud, por lo que se dio de alta definitiva. **Discusión:** En experiencias en grandes centros de trauma, el abordaje quirúrgico demostró que del total de pacientes que se operaban, a un 50% se les practicaba laparotomía sin ningún otro procedimiento (se pensó que en esos casos quizá era innecesaria), un 38% se trató con sutura, un 5% con debridamiento, 2.5% con hemihepatectomía, 1.4% con ligadura de arteria hepática, taponamiento 0.3% y 1.4% ocurrió la muerte en quirófano. Se ha demostrado que el 60% de los pacientes con hemorragia activa, al momento de ser operados ya se detuvo, y sólo es realmente difícil de controlar el 20%. Es posible que en cirugía abierta estemos haciendo de más, revisamos la lesión hepática separando los tejidos lesionados con las manos y con instrumentos, intervenimos en el proceso natural de adherencia y cicatrización. La cirugía laparoscópica es menos invasiva y permite practicar procedimientos desde no hacer nada, aspirar la sangre y empaquetar con gelfoam, suturar, electrofulgurar, debridar y en caso necesario convertir a cirugía abierta. **Conclusión:** 1. La operación por laparoscopia es factible y da buenos resultados, en casos con estabilidad hemodinámica sin importar el grado de lesión. 2. Es posible que en cirugía tradicional "estemos haciendo de más" para tratar estos casos, y es posible que casos que ya no sangraban se pongan en riesgo de provocar sangrado al tratar de revisar los hematomas.

#### TV-025

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DE QUISTE HEPÁTICO GIGANTE

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

**Antecedentes:** Los quistes hepáticos no parasitarios tienen una incidencia del 5% en la población mundial. Estos se originan en el desarrollo embrionario de la vía biliar. Comúnmente se localizan en el lóbulo derecho, son diagnosticados en forma incidental con exá-

menes médicos de rutina ya que frecuentemente son asintomáticos. Los quistes que producen sintomatología son de gran tamaño y presentan manifestaciones como dolor, náusea, vómito, plenitud gástrica, hipertensión portal, ictericia obstructiva e incluso trombosis de vena cava inferior. **Objetivo:** Demostrar la utilidad de la cirugía laparoscópica en la resolución de los quistes hepáticos simples. **Presentación del caso:** Presentamos el video de paciente masculino de 64 años, sin antecedentes de importancia que acude por presentar dolor a nivel de hipocondrio derecho de 7 meses de evolución, niega pérdida de peso, ictericia y otros síntomas acompañantes, exámenes de laboratorio normales. Se realiza USG hepático y TAC abdominal los cuales demuestran quiste hepático gigante, se programa y se inicia cirugía por vía laparoscópica encontrando quiste en los segmentos VII y VIII de Cuinaud, midiendo 17 x 12 cm el cual se punciona saliendo 3,500 ml de líquido cetrino el cual se aspira, múltiples adherencias a parrilla costal las cuales se liberan, se delimita la cápsula la cual se encuentra engrosada de 5 mm, se dejan borde de 3.5 cm, se coloca drenaje de 16 fr tipo blake hacia la cavidad del quiste hepático. Evolucionando favorablemente y egresándose 5 días posteriores. **Conclusiones:** La resolución laparoscópica de los quistes hepáticos ha mostrado gran efectividad, ya que se puede tener acceso y visión directa del mismo, además de disminuir la estancia intrahospitalaria y pérdida sanguínea. Hay diversas técnicas laparoscópicas que se pueden emplear actualmente con gran efectividad. En nuestro hospital la más utilizada es el destechamiento con buenos resultados.

#### TV-015

##### FÍSTULA VESICOCOLEDOCIANA

Ocampo DR. Clínica Borda S.A. de C.V.

**Historia del caso:** Se trata a femenino de 23 años con abuela materna muerta por cirrosis hepática, abuelo materno muerto por enfermedad reumática, padre diabético y madre sana. Originaria de Tenerías Edo. de México. Gesta 3 para 1 abortos 2. **Evolución clínica:** Padecimiento actual: los inicia en el mes de marzo del 2002 con dolor severo en cuadrante superior derecho y un cuadro de ictericia no evolutivo con remisiones y exacerbaciones. Coluria y acolia presentes y también con remisiones y exacerbaciones. **Estudios de laboratorio y ultrasonido:** El eco mostró una dilatación importante del colédoco. Laboratorio bilirrubinas de 14 totales. Fostatasa alcalina de 680 TGO 96, TGP 110. Con este cuadro se decide realizar previa a la cirugía una colangiografía transduodenoscópica, en la posibilidad de resolver su problema por vía endoscópica. La colangiografía transduodenoscópica muestra dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática con una vesícula escleroatrófica con una imagen muy sugestiva de una fístula vesicocoleodociana y presencia de múltiples litos con diámetros promedios de 12 a 18 mm. **Conclusiones:** Coledocolitiasis múltiple. Vesícula biliar escleroatrófica con fístula coledociana. Esfínterotomía. Imposible realizar extracción litiasica por vía endoscópica, pasa a cirugía abierta.

#### TV-051

##### TORSIÓN DE EPIPLÓN MAYOR, PRESENTACIÓN DE UN CASO. LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA/CONVERSIÓN + OMENTECTOMÍA Y APENDICECTOMÍA INCIDENTAL

González JR, Álvarez G, Saldaña G. Hospital Christus Muguerza, Monterrey

**Cuadro clínico:** Paciente masculino de 36 años de edad con 24 horas de evolución con dolor abdominal tipo cólico localizado a nivel de mesogastrio que en las últimas 8 horas ha migrado hacia la fosa iliaca derecha. Refiere náusea sin llegar al vómito e hiporexia. Exploración física: Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda en fosa iliaca derecha. McBurney (+), rebote (+), Psoas (+), Obturador (+), Rovsing (+). Peristalsis ausente. Portador de hernia inguinoescrotal derecha de 10 años de evolución sin síntomas agregados. Resto de exploración sin datos relevantes. Paraclínicos: Bh: Hb 13.9, Leucos 13.900 (Neutrófilos 88%), Plq 320,000. El paciente

se pasa a quirófano realizando laparoscopia diagnóstica encontrando torsión de epiplón mayor. Se decide convertir la cirugía y se realiza incisión línea media. Se procede a realizar omentectomía.

#### TV-001

##### COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA BAJO ANESTESIA LOCAL Y SEDACIÓN

Camargo PLF, Ayala MA, Herrera SH, Martínez PL, Sandoval RE, Trejo GV, Izquierdo PA, Barajas MJ, Ríos NA, Estrada GG, Moreno FP, González RJC. Servicio de Cirugía y Anestesia del Hospital General de Uruapan. "Dr. Pedro Daniel Martínez" S.S.

**Objetivo:** Valorar la utilidad de la anestesia local más sedación como una alternativa en el manejo de la colecistectomía laparoscópica utilizando dos técnicas anestésicas. **Material y métodos:** Diseño: prospectivo, analítico, descriptivo Transversal observacional, abierto. De diciembre del 2003 a abril del 2004 se realizaron 21, colecistectomía laparoscópica bajo anestesia local y sedación, utilizándose 2 técnicas: la 1° anestesia local y sedación y la 2° analgesia peridural, anestesia local y sedación. Aplicándose los siguientes criterios de inclusión: tener patología vesicular, cirugía electiva, edad, sexo, peso del paciente (IMC) valoración preanestésica (ASA I Y ASAI). Complicaciones transanestésicas y postanestésicas, dolor postoperatorio tiempo. Quirúrgico. **Resultados:** De diciembre del 2003 a abril del 2004 Se intervinieron un total de 21 pacientes con diagnóstico de Colecistitis Crónica litiásica realizándose colecistectomía laparoscópica, el rango de edad fue de 20 años a 72 años con un promedio de 40 años, correspondiendo a el sexo masculino el 24% (5 pacientes) y el 76% (16 pacientes) para el sexo femenino, en cuanto al peso el rango manejado fue de 50 a 80 kg. La valoración preanestésica fue E1B a 10 pacientes, E2B a 10 pacientes, y U1B a 1 paciente, los Dx. transoperatorios fueron 19 colecistitis crónicas litiásicas y 2 colecistitis subaguda litiásica, los procedimientos utilizados fueron 2. el primero se utilizó anestesia local y sedación en 4 pacientes (20%) y el grupo 2 analgesia peridural, anestesia local y sedación a 17 pacientes (80%), el promedio quirúrgico fue de 30 a 60 minutos, la presión intraabdominal de CO<sub>2</sub> utilizado fue de 8, el tiempo de estancia hospitalaria fue de 24 h. No se presentaron complicaciones transoperatorias, ni postoperatorias, el dolor postoperatorio fue tolerado con un solo analgésico, se presento vómito en 2 pacientes (0.9%) ausencia de dolor laríngeo. Mortalidad de 0. **Discusión:** El procedimiento laparoscópico es el estándar de oro para la cirugía de vesícula biliar, una alternativa segura para realizar este procedimiento es bajo anestesia local y sedación contemplándose como factores determinantes peso del paciente cirugía electiva, tiempo quirúrgico menor a 1 hora, manejo de CO<sub>2</sub> de 8 a 10 encontrándose dentro de las complicaciones postoperatorias vómito en el 0.9%, contar con un equipo completo de trabajo para disminuir el tiempo quirúrgico y brindar a nuestro paciente analgesia desde el preoperatorio. Así como menor tiempo hospitalario.

#### TV-050

##### VÓLVULO GÁSTRICO. GASTROPEXIA POR LAPAROSCOPIA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Alcaraz H, Álvarez G, Ochoa G. Hospital Christus Muguerza, Monterrey

**Cuadro clínico:** Paciente masculino de 69 años con antecedente de hipertensión arterial bajo tratamiento. Inicia su padecimiento 8 meses al presentar plenitud postprandial, hiporexia y ataque al estado general, pérdida de peso no cuantificada. Exploración física: sin datos relevantes. Acude con médico gastroenterólogo quien solicita serie gastroduodenal y TAC abdomen donde sugiere vólvulo gástrico intermitente. Se realiza endoscopia superior (se presentara video). Se interconsulta con cirujano quien realiza gastropexia por laparoscopia.

#### TV-012

##### RESECCIÓN DE TUMOR GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA INTRALUMINAL (VIDEO)

Franklin ME Jr., Jaramillo EJ, Rodríguez LG. Texas Endosurgery Institute. San Antonio, Texas. USA

**Antecedentes:** Con los avances tecnológicos y el desarrollo de técnicas en los últimos años, es posible realizar cirugía laparoscópica en el interior del tubo digestivo (cirugía intraluminal). **Objetivo:** Presentar la técnica de resección de un tumor gástrico de células estromales por laparoscopia intraluminal. **Informe del caso:** Paciente femenino de 45 años de edad, con antecedentes de dolor abdominal epigástrico moderado intermitente secundario a gastritis, quien durante la endoscopia digestiva superior se encontró tumor gástrico de 3.5 cm firme y submucoso. Previa localización del tumor con ultrasonido laparoscópico, se realizó procedimiento resectivo del tumor por laparoscopia intraluminal, a través de tres puertos intraluminales (uno de 5 mm y dos de 2 mm) y tres puertos laparoscópicos (dos de 5 mm y uno de 10 mm). El tumor abarcaba toda la pared gástrica, por lo que se reparó la gastrotomía con puntos de sutura intracorpóreos, y posteriormente resección de bordes con engrapadora laparoscópica GIA-60. Los orificios de los puertos intraluminales se repararon con sutura absorbible. **Resultados:** El tiempo quirúrgico fue de 176 minutos y la pérdida sanguínea de 25 cc. El reporte de patología fue tumor de células estromales. **Discusión:** Los tumores gástricos susceptibles a resección por laparoscopia intraluminal son aquellos tumores benignos que no pueden ser tratados con endoscopia flexible. Una contraindicación relativa para la cirugía intraluminal es la presencia de adherencias intraabdominales. El cirujano debe de ser experimentado en técnicas de laparoscopia avanzada. **Conclusión:** La resección de tumores gástricos benignos por laparoscopia intraluminal es actualmente factible si se realiza por cirujanos experimentados.

#### TV-036

#### ANTRECTOMÍA CON VAGOTOMÍA MÁS BILLROTH II LAPAROSCÓPICA

Mondragón SA, Díaz Almaraz H, Rosales AA, Plazola CL, Mondragón SR

**Introducción:** La cirugía electiva para úlcera péptica ha disminuido importantemente en los últimos años. Sin embargo, la cirugía como tratamiento de las complicaciones como perforación, sangrado y estenosis se ha mantenido estable. La cirugía laparoscópica ha sido utilizada cada vez más para tratamiento de dichas complicaciones tanto en procedimientos electivos como de urgencias ofreciendo un tratamiento quirúrgico definitivo de mínima invasión con todos sus beneficios. **Presentación del caso:** Femenino 59 años de edad con historia crónica de enfermedad ácido péptica, quien inicia su padecimiento actual dos meses previos a su ingreso al presentar dolor epigástrico, acompañado de náusea, vómito y evacuaciones melénicas sin compromiso hemodinámico. La endoscopia reporta estomago retencionista, estenosis puntiforme en la 2ª porción duodeno y úlcera duodenal Sakita S2. Biopsia con duodenitis aguda y crónica moderada. Se realizó tomografía de abdomen y serie esófago-gastro-duodenal y corroborando la estenosis de la 1ª y 2ª porciones de duodeno. La paciente fue sometida a vagotomía troncular, antrectomía y gastro-yeyunoanastomosis laparoscópica. Se presenta la técnica quirúrgica. **Conclusiones:** La cirugía laparoscópica en este tipo de procedimientos se encuentra en fase de desarrollo. Es posible utilizar esta técnica en procedimientos electivos y de urgencia. Las ventajas de la cirugía de mínima invasión son aplicables a estas técnicas, sin embargo su aplicación todavía es limitada. En manos expertas es una técnica útil y una opción más para el manejo del paciente con complicaciones de úlcera péptica.

#### TV-040

#### EXPERIENCIA EN GASTRECTOMÍA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA

Herrera-Esquivel JJ, Palacios-Ruiz JA, Cárdenas-Lailson LE, Blas-Franco M, Orozco-Tapia LM. División de Cirugía General. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". SSA. Ciudad de México

**Introducción:** El desarrollo de técnicas quirúrgicas mínimo invasivas fue en su inicio reservada para procedimientos quirúrgicos estándares; sin embargo el cada vez mayor grado de dificultad de diversos procedimientos endoscópicos quirúrgicos con resultados satisfactorios, han posicionado a esta técnica como una abordaje viable en técnicas de cirugía mayor. **Objetivo:** Presentar los primeros cinco casos de gastrectomía totalmente laparoscópica desarrollados en nuestro hospital. **Método:** Se presentan los resultados de las cinco primeras gastrectomías totalmente laparoscópicas y la edición de un video que muestra el desarrollo de una gastrectomía subtotal con reconstrucción en Billroth II con asa de Roux en Y. **Resultados:** Se incluyen cinco pacientes operados en un periodo de 16 meses; el diagnóstico preoperatorio fue Adenocarcinoma gástrico T2N0M0 en región prepilórica, en dos de los casos; estenosis pilórica en un caso y reflujo alcalino asociado a dismotilidad gástrica severa refractarias a manejo médico en dos de los casos. En cuatro casos se realizó gastrectomía subtotal y en una de ellas antrectomía, en los cinco casos la reconstrucción fue mediante gastro-yeyuno-anastomosis con asa de Roux en Y. La mortalidad quirúrgica fue 0%, la morbilidad quirúrgica fue del 20% (atelectasia). La paciente con antrectomía fue reintervenida por haber desarrollado gastroparesia severa postquirúrgica. **Conclusiones:** La cirugía endoscópica ofrece resultados equiparables a la cirugía abierta con las notables ventajas de la cirugía endoscópica.

#### TV-053

#### TUMOR CARCINOIDE DUODENAL: RESECCIÓN EN CUÑA VÍA LAPAROSCÓPICA CON ASISTENCIA ENDOSCÓPICA TRANSOPERATORIA

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

**Reporte del caso:** Femenino, 83 años. AHF: Negados. APNP: Originaria de Veracruz, viuda, toxicomanías negadas. APP: Transfusionales positivos en el 2002, hipertensión arterial sistémica desde hace 27 años, tomó metoprolol, actualmente enalapril, histerectomía hace 2 años. AGO: Menarca: 15 años, G: X P:IX C:0 A:I Menopausia: 54 años. Papanicolau: 1 año, normal. PA: Hace 3 años con disnea de pequeños esfuerzos, palidez, taquicardia y mareo, dolor abdominal, cólico, difuso, con exacerbaciones a la ingesta de irritantes, mejoría con antiespasmódicos, no melena. Abril del 2001 internamiento por síndrome anémico, sin presencia de melena, se diagnosticó miomatosis uterina, se realizó histerectomía. En el 2002 internamiento por misma causa, ameritó hemotransfusión. Abril 2004 se realiza colonoscopia: Enfermedad diverticular no complicada en los 30 cm previos al margen anal. Junio 2004 ingresa por síndrome anémico con melena y rectorragia, dolor abdominal tipo cólico en mesogástrico, se realizan los siguientes estudios. Laboratorio: Junio/2004. Hb: 10.5 gr/dl. Hto: 33.4 % CMHbC: 31.5 g/dl VCM: 61.5 fl. Panendoscopia: Gastritis atrófica antral, tumor de 8 mm aproximadamente en cara anterior y lateral interna de duodeno en su primera porción, se tomaron biopsias. Reporte histopatológico: Tumor carcinoide duodenal. Se transfundió, se realizó resección en cuña vía laparoscópica con asistencia endoscópica transoperatoria. Evolución satisfactoria hasta la fecha.

#### TV-054

#### RESECCIÓN EN CUÑA DE LEIOMIOMA GÁSTRICO POR VÍA LAPAROSCÓPICA

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

**Reporte del caso:** Masculino de 68 años. AHF: Negados. APNP: Originario del D.F., profesionista, tabaquismo positivo en su juventud, alcoholismo de tipo social, suspendido hace 30 años. APP: Fractura tibial izquierda a los 35 años, hipertensión arterial sistémica desde

hace 10 años controlada con captopril. PA: Lo inicia en el 2002 con presencia de melena y dolor abdominal difuso, tipo cólico, el cuadro se auto limitó por lo que no recibió atención médica en esa ocasión; un año después se presenta el mismo cuadro en donde se le realizó de manera privada una endoscopia encontrando tumor de 10 x 15 mm aproximadamente a nivel de tercio medio de antro en la cara anterior, se toman biopsias las que reportaron leiomioma gástrico, se propone en esa ocasión resección endoscópica, sin embargo el paciente no acepta. Se mantuvo en vigilancia y se realizó un nuevo control endoscópico fuera de la institución en el 2003, reportando tumor de 15 x 15 mm aproximadamente, a nivel de tercio medio de antro en cara anterior del mismo, se corrobora el mismo diagnóstico histopatológico y presencia de *Helicobacter pylori*, se propone manejo quirúrgico el cual no fue aceptado por el paciente. En febrero del 2004 el paciente presenta nuevamente melena y dolor abdominal, acude a nuestra institución, se realizó panendoscopia encontrando tumor gástrico de 20 x 25 mm a nivel de cara anterior de píloro en su tercio medio, ulcerado en su centro, sin estigmas de hemorragia, se tomaron biopsias las cuáles coinciden con el reporte histopatológico mencionado. Su control laboratorial con Hb: 10.8 g/dl, Hto: 33.5 %, Plaquetas: 300, 000 Glu: 80 mg/dl. Se decide prepararlo para cirugía electiva mejorando su cifras de hemoglobina, el día 26/03/2004 se realiza resección en cuña vía laparoscópica. Su evolución satisfactoria hasta el momento. Se cuenta con el video de la panendoscopia diagnóstica, video de panendoscopia transoperatoria con tinción con azul de metileno, video de la resección vía laparoscópica.

#### TV-062

#### LEIOMIOMA DUODENAL COMO CAUSA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO, DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Sarmiento A, Arenas MH, Munguía TD, Arenas MD

**Antecedentes:** Los leiomiomas son tumores raros. La incidencia de leiomioma reportada varía de 0.005% a 5.1%. Generalmente son intramurales, bien circunscritos y rara vez presentan degeneración maligna. Pueden ser causa de sangrado de tubo digestivo alto. La endoscopia es fundamental en determinar la presencia así como la localización y en evaluar la condición de la mucosa. Cuando se detectan endoscópicamente si solo se observa protusión de la mucosa y umbilicación siendo ésta normal, no se requiere de la realización de biopsia. Todos los leiomiomas sintomáticos deben ser resecados.

**Informe del caso:** Paciente femenino de 33 años de edad quien tres meses previos presenta cuadro clínico de hematemesis importante con descenso de hemoglobina a 9 g requiriendo de manejo hospitalario y hemotransfusión. Se le realiza endoscopia digestiva alta la cual reporta hacia la tercera porción duodenal una tumoración submucosa umbilicada de 2-3 cm de diámetro de la cual se toma biopsia. Se programa laparotomía para realizar exéresis de dicha tumoración, abordaje por línea media supraumbilical, se realiza maniobra de Kocher para movilizar el duodeno en todas sus proporciones, mediante palpación se detecta el leiomioma a nivel de la cuarta porción duodenal sitio en el cual se realiza duodenotomía y enucleación de la tumoración intentando respetar la integridad de la mucosa duodenal, situación que no fue posible debido al tamaño y a la adhesividad de ésta a la mucosa, sin embargo a pesar de que se incidió la mucosa no se resecó ninguna porción de la misma, una vez enucleada la tumoración, se cierra la duodenotomía en dos planos en forma longitudinal, se verifica hermeticidad del cierre mediante instilación de solución teñida con azul de metileno a presión hacia la luz duodenal, se procede a colocar sonda nasoyeyunal, se coloca drenaje cerrado y se cierra la pared de forma habitual. Se inicia con nutrición enteral temprana vía sonda nasoyeyunal evolucionando satisfactoriamente, previo al retiro de la sonda de solicita tránsito intestinal. **Conclusiones:** Para el abordaje de esta patología hay que hacer una excelente maniobra de Kocher, además de la enucleación completa del tumor. Al realizar la duodenorrafia hacerla de manera longitudinal para disminuir tensión y en dos planos. Asegurar una hermeticidad del cierre duodenal. Es importante iniciar a la brevedad posible con nutrición enteral vía sonda nasoenteral distal a la zona manipulada.

#### TV-027

#### HISTERECTOMÍA ABDOMINAL SIN SUTURAS. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA CON EL USO DEL SISTEMA DE SELLADO DE VASOS (LIGASURE)

López LJM, Basurto KE0, Ortega LLH, Zaldivar RR, Reyes HLF. Hospital General de México O.D. México, D.F.

El objetivo del video es mostrar la técnica de la histerectomía abdominal con el uso del Sistema de Sellado de Vasos (Ligasure), donde se muestra el uso de la tecnología como una herramienta que ofrece seguridad, disminuye el tiempo quirúrgico y permite optimizar recursos. Se describen los pasos de la técnica quirúrgica y la aplicación del Ligasure en el control de la hemostasia y sección de tejidos.

#### TV-057

#### MANEJO DE MIGRACIÓN PARCIAL DE BANDA GÁSTRICA

Medina G, Arenas MH, González OA, Anaya PR, Barrera TH, Munguía TD, Arenas MD

**Antecedentes:** La colocación de la banda gástrica ajustable por vía laparoscópica se ha convertido en el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en nuestro país para el manejo de la obesidad debido a su simplicidad en la colocación por mínima invasión y la preservación de una integridad gastrointestinal normal. Debido a que no se realizan anastomosis, el riesgo potencial de una infección subsecuente a una fuga es reducido, así como la mortalidad operatoria. Sin embargo, la eficacia a largo plazo del procedimiento no ha sido evaluado, ni la incidencia de eventos adversos así como la necesidad de reoperaciones. **Reporte del caso:** El objetivo de este video es el de presentar un caso de erosión y migración parcial de la banda al estómago, así como demostrar la técnica requerida para el retiro de la banda y la reparación del orificio gástrico y el manejo médico de la fístula postoperatoria. **Conclusiones:** La banda gástrica ajustable puede presentar como complicación tardía la erosión de la pared gástrica y la migración parcial de ésta al interior del estómago, por lo que es recomendable el seguimiento a largo plazo de todos los pacientes sometidos a esta técnica restrictiva para la detección de tal complicación. Su manejo requiere el retiro de la banda la cual puede realizarse por vía laparoscópica o video asistida para la reparación del defecto gástrico. La fístula gástrica puede ser una complicación de la cirugía debido a la reacción fibrosa producida y a la isquemia de los tejidos, sin embargo su manejo con apoyo nutricio permite el cierre espontáneo.

#### TV-067

#### RESECCIÓN ANTERIOR BAJA POR CÁNCER DE RECTO SIN SUTURAS

Arenas MH, González OA, Anaya PR, Munguía TD, Arenas MD

**Antecedentes:** La escisión total del mesorrecto seguido por una anastomosis colorrectal es el estándar de oro para pacientes con cáncer de recto. La tecnología disponible y su aplicación apropiada en la práctica de la cirugía en el siglo XXI potencialmente debe mejorar la eficacia y la tolerabilidad de los tratamientos actuales para el cáncer. Específicamente en el caso de la resección anterior baja de recto el uso del Ligasure para cortar y coagular los tejidos, sin utilizar suturas para hemostasia permite disminuir los riesgos de sangrado y la necesidad de transfusiones, acortar los tiempos quirúrgicos y evitar a largo plazo adherencias o granulomas en sitios de sutura que pueden ocasionar obstrucción intestinal tardía. Por otro lado el uso de grapeo mecánico nos permite realizar anastomosis bajas del recto, preservando la función esfinteriana, disminuyendo los tiempos quirúrgicos y los riesgos de fugas anastomóticas devastadoras que ocasionan alta morbimortalidad y condenan a una colostomía definitiva. **Informe del caso:** El objetivo del video es el presentar el caso clínico de una paciente femenina de la 4ta década de la vida que presentaba desde hace un año sangrado rectal, pujo, tenesmo y que fue manejada con antihemorroidarios sin haber sido

nunca sometida a un estudio endoscópico. Finalmente éste es realizado, demostrando la presencia de una lesión ulcerada localizada aprox. 9 cm del margen anal. La paciente es sometida a resección anterior baja de recto por abordaje abierto utilizando exclusivamente para hemostasia de todos los vasos y tejidos el Ligasure y una engrapadora circular introducida por el recto para mantener la continuidad colorrectal. El tiempo quirúrgico fue de 2 h, y la pérdida de sangre fue de aprox/50 mls la Hb preoperatoria fue de 13 g y la postoperatoria de 12.7 y la estancia hospitalaria fue de 72 h. **Conclusiones:** El uso apropiado de la tecnología en la resección anterior baja de recto es costo efectiva ya que acorta los tiempos quirúrgicos, el sangrado transoperatorio y la necesidad de transfusiones y una continuidad colorrectal temprana, lo que permite el inicio de la vía oral con estancia hospitalaria corta.

#### TV-004

**CÓMO DISMINUIR LA EROSIÓN DE LA BANDA GÁSTRICA AJUSTABLE POR LAPAROSCOPIA, (TÉCNICA LÓPEZ MATEOS ISSSTE)** Cerón RF, Cerón RM, Figueroa AS, Gutiérrez F.J. H. Reg. "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE. México, D.F.

**Antecedentes:** La complicación más importante de la banda gástrica ajustable por laparoscopia para el tratamiento quirúrgico de la obesidad severa, es la erosión de la banda hacia la luz del estómago, la parte de estómago que se erosiona es con la que se cubre la banda con una frecuencia del 3 al 8%. Cuando se presenta esta complicación se requiere del retiro de la banda por vía endoscópica o por cirugía abierta o laparoscópica, considerando esto como fracaso de la técnica para la pérdida de peso. **Objetivo:** Presentar una nueva técnica de colocación de la banda, para disminuir la frecuencia de erosión. **Material y métodos:** De mayo de 1998 a junio de 2004 se operaron 416 pacientes, con la banda OBTECH, de los cuales 345 (82.9%) pacientes fueron del sexo femenino y 71 (16.7%) del sexo masculino, con edad promedio de 40.5 años (13-68) y con promedio de IMC de 51.3 kg/m<sup>2</sup> (37-65.7). De mayo de 1998 a abril de 2002 (47 meses) se operaron 195 pacientes con la técnica de fijación de la banda con 2 puntos seromusculares estómago-estómago y de mayo de 2002 a junio de 2004 (25 meses) se operaron 221 pacientes con la técnica propuesta por nuestro grupo sin dar puntos para la fijación de la banda. **Resultados:** En los primeros 195 pacientes con la técnica de fijación de la banda con 2 puntos seromusculares de estómago-estómago se presentaron 9 casos (4.6%) de erosión de la banda, los cuales fueron diagnosticados por endoscopia y/o serie esofagogástrica. De los 221 pacientes a los cuales no se fijó la banda con puntos seromusculares de estómago-estómago (Técnica López Mateos ISSSTE) se diagnosticaron 2 casos de erosión (0.9%). **Conclusiones:** 1. Se ha comprobado que la parte de estómago que se erosiona, es con la que se cubre la banda. 2. Todas las técnicas para fijar la banda descritas hasta el momento presentan un índice de erosión del 3 al 8% de los casos. 3. Con la técnica descrita por nuestro grupo se ha presentado un índice de erosión del 0.9%. Con esta técnica no se ha presentado ningún caso de deslizamiento. 5. Es importante el seguimiento a largo plazo para demostrar que con esta técnica se puede bajar el índice de erosión hasta en el 0.9%.

#### TV-030

##### RETIRO ENDOSCÓPICO DE BANDA GÁSTRICA

Palacios-Ruiz JA, Vela-Sarmiento I, González-Monroy LE, López Toledo-González A, Herrera-Esquivel JJ, Shuck-Bello CE. Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México, D.F.

**Antecedentes:** La obesidad es considerada actualmente el problema de salud más importante, actualmente la OMS, la FAO y otras organizaciones de salud la reconocen como un problema que hay que abordar de manera prioritaria. En México el 60% de la población padece de obesidad. La colocación de bandas gástricas como parte del manejo quirúrgico ha sido uno de los procedimientos utilizados de manera amplia; actualmente se han encontrado las primeras com-

plificaciones dentro de las cuales se encuentran la migración. **Objetivo:** Reportar los resultados del retiro de banda gástrica por medio de endoscopia flexible en el servicio de cirugía endoscópica del Hospital General "Dr. Manuel Gea González". **Material y métodos:** Presentación de video. **Presentación:** En nuestro Servicio de Cirugía Endoscópica se han retirado 3 bandas gástricas por medio de endoscopia flexible sin presentar complicaciones. El procedimiento se lleva a cabo en quirófano, bajo anestesia general. El tiempo promedio es de 35 minutos, la estancia intrahospitalaria es de 1 día, previa evaluación clínica y radiológica. Los resultados han sido satisfactorios sin complicaciones hasta el momento. **Conclusión:** Es factible el retiro endoscópico exitoso de banda gástrica que migra intraluminal.

#### TV-031

##### RETIRO ENDOSCÓPICO DE BANDA GÁSTRICA Y CONVERSIÓN A BYPASS GÁSTRICO

González-Monroy LE, Palacios-Ruiz JA, Vela-Sarmiento I, López Toledo-González A, Herrera-Esquivel JJ, Shuck-Bello CE. Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México, D.F.

**Antecedentes:** La colocación de bandas gástricas como parte del manejo quirúrgico ha sido uno de los procedimientos utilizados de manera amplia; actualmente se han encontrado las primeras complicaciones dentro de las cuales se encuentran la migración. Una vez que es retirada, el paciente necesita otra opción para continuar con el manejo de su patología. **Objetivo:** Reportar los resultados del retiro de banda gástrica seguida de una conversión a bypass gástrico por obesidad. **Material y métodos:** Presentación de video. **Presentación del caso:** Paciente femenino de 36 años, ingesta de dieta hipercalórica no balanceada, presentando obesidad desde la infancia sometiéndose a dietas y ejercicios en múltiples ocasiones sin resultados. Peso 116, talla 1.60 IMC 45.3. Presenta asociado a la obesidad artralgias y disnea de medianos esfuerzos. En abril del 2003 se somete a colocación de banda gástrica vía laparoscópica. Durante 13 meses la paciente presenta buena evolución con pérdida de peso de 30 kg llegando a un peso de 87.5, sin embargo presenta infección de puerto quirúrgico el cual es retirado. En mayo del 2004 la paciente presenta malestar general, náusea vómito de contenido gástrico y dolor abdominal difuso por lo que se realiza endoscopia encontrando 30% de la banda gástrica intraluminal la cual se retira de manera exitosa vía endoscópica. Se propone conversión a bypass gástrico, el cual se realiza en junio y con buena evolución postoperatoria. El peso actual es de 87.5 kg. **Conclusión:** Es factible el retiro endoscópico exitoso de banda gástrica y conversión a bypass.

#### TV-003

##### LOCALIZACIÓN RADIOGUIADA DE LESIONES MAMARIAS NO PALPABLES: REPORTE DE UN CASO

Medina-Franco H, Soto-Germes S, Ortiz LJ, Cortés-González R, Romero C, Sepúlveda J. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

**Antecedentes:** La localización radioguiada de lesiones no palpables potencialmente puede eliminar inconvenientes relacionados con la biopsia guiada arpón. **Objetivo:** Describir la técnica de la localización radioguiada de lesiones no palpables. **Material y métodos:** Se presenta una paciente postmenopáusica con historia de DM2 y condición fibroquística de la mama. La mamografía de rutina muestra unas microcalcificaciones pleomórficas en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda y se clasifica como BI-RADS 4. En la exploración física no se palparon masas en glándula mamaria y hueco axilar. Se llevó a cabo la identificación de las coordenadas de la lesión mediante mamografía y se inyectó en el centro de la lesión 150-250 µg de macroagregados de albúmina marcado con 0.1 mCi de Tc99. Posteriormente en quirófano se llevó a cabo la biopsia excisional guiada por el contador gamma (Neo-Probe®J&J). Resultados: En el control radiográfico de la lesión se identificaron todas las calcificaciones y el estudio de patología reportó un fibroadenoma

hialinizado. La paciente se dio de alta una hora después del procedimiento sin complicaciones. **Discusión y conclusiones:** La biopsia radioguiada de lesiones mamarias no palpables parece ser un método seguro y eficaz que potencialmente puede evitar las complicaciones y molestias asociadas con la biopsia guiada por arpón.

#### TV-060

### DEHISCENCIA DE COLÉDOCO-DUODENO ANASTOMOSIS ¿SECUNDARIA A DESNUTRICIÓN O MALA DECISIÓN QUIRÚRGICA?

Anaya PR, González OA, Arenas MH, Munguía TD, Ruiz CIE

**Antecedentes:** La CPRE preoperatoria está indicada ante la presencia de ictericia, dilatación del colédoco detectada por ultrasonido y PFH alteradas además manos expertas pueden extraer los litos del árbol biliar hasta en un 90% de los casos. Sin embargo, la presencia de litos grandes y la presencia de estenosis del colédoco impiden la extracción de los cálculos por lo que en tales circunstancias dichos pacientes deben ser sometidos a una derivación bilio digestiva la cual debe seguir 3 principios básicos: exposición de la parte sana del conducto proximal, segmento de intestino libre de tensión para la anastomosis bilio entérica y la creación de una anastomosis muco mucosa bilio entérica. **Informe del caso:** El objetivo del video es el de presentar el caso clínico de una paciente de la 7ta década de la vida con coledocolitiasis de gran tamaño y estenosis de colédoco que fue manejada mediante endoprótesis por 9 meses sin lograr su extracción, complicándose con cuadros frecuentes de colangitis, finalmente fue sometida a colecistectomía y colédoco duodeno anastomosis término lateral reseccándose la zona de estenosis, sin embargo 7 días después presentó evisceración y dehiscencia parcial de la colédoco duodeno anastomosis. Reoperándose para deshacer la anastomosis y realizar previa resección de la parte proximal del colédoco, el cierre del duodeno y la colocación de una sonda de gastroyeyunostomía para descompresión y nutrición enteral distal, mantener la continuidad del árbol biliar al tubo digestivo mediante una Y de Roux y la colocación en la aponeurosis de una malla de vypro. **Conclusiones:** Los pacientes con coledocolitiasis de gran tamaño con estenosis de la vía biliar deben ser referidos tempranamente a cirugía y evitar el manejo endoscópico ya que sólo ocasiona colangitis de repetición, alteraciones en el funcionamiento del hígado y déficit nutricional. Es importante identificar preoperatoriamente al paciente de riesgo nutricional alto a presentar complicaciones para corregir de ser posible el déficit nutricional en el preoperatorio o postoperatorio inmediato y así evitar complicaciones relacionadas con el proceso de cicatrización.

#### TV-063

### ¿QUÉ HACER ANTE UNA LESIÓN DE VÍA BILIAR ALTA DETECTADA DURANTE LAPAROSCOPIA CUANDO NO SE TIENE EXPERIENCIA EN LA RECONSTRUCCIÓN?

Arenas MH, González OA, Anaya PR, Chávez PR, Munguía TD, Arenas MD

**Antecedentes:** La colecistectomía laparoscópica es la intervención quirúrgica más frecuentemente realizada por el cirujano general en el tubo gastrointestinal y por lo tanto la razón más común para lesionar la vía biliar. Además se reporta que tan solo en aproximadamente el 25% de las lesiones el cirujano reconoce la lesión durante el procedimiento laparoscópico y las lesiones generalmente son altas y su reparación constituye un reto aun para el cirujano hepatobiliar más hábil. **Informe del caso:** El objetivo de este video es el de presentar un caso de una lesión compleja de la vía biliar en la cual se presenta un drenaje anómalo del segmento VII del hígado, detectada durante el procedimiento la cual es convertida, canulando los conductos y referida para su reconstrucción a nuestro grupo. **Conclusiones:** Es fundamental mejorar la tasa de detección de lesión de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica para la limitación del daño. Se requiere un alto índice de sospecha de lesión ante la salida de material biliar durante la laparoscopia en vesícula íntegra. Es imprescindible documentar la anatomía exacta del árbol

biliar antes de la reconstrucción, por tanto la canulación de los conductos lesionados y la exteriorización de estos ya sea por vía laparoscópica o abierta para referir al paciente. Cuando el cirujano reconoce sus limitaciones facilita la reconstrucción.

#### TV-066

### CONSECUENCIAS POSTOPERATORIAS EN LA RECONSTRUCCIÓN DE VÍAS BILIARES DE LA NO DETECCIÓN DEL DRENAJE ANÓMALO DEL SEGMENTO VII

González OA, Arenas MH, Anaya PR, Chávez PR, Munguía TD, Arenas MD

**Antecedentes:** El reconocimiento transoperatorio en una colecistectomía laparoscópica de una sección baja del colédoco a nivel del borde superior del duodeno facilita la reconstrucción de la vía biliar a través de la realización de un colédoco duodeno anastomosis término lateral. Sin embargo, antes de cualquier intento de reconstrucción es fundamental documentar perfectamente la anatomía del árbol biliar para identificar el drenaje íntegro de todos los segmentos del hígado ya que la obstrucción biliar crónica de un conducto segmentario no reconocido durante la reconstrucción primaria o secundaria puede ocasionar colangitis de repetición y atrofia lobar a pesar de un adecuado vaciamiento por la derivación bilio digestiva realizada. **Informe del caso:** El objetivo del video es el presentar un caso de una sección baja del colédoco detectada durante el transoperatorio que fue manejada inicialmente por un colédoco duodeno anastomosis término lateral que presenta como secuela tardía colangitis de repetición a pesar de la demostración del adecuado vaciamiento de ésta por lo que se decide reoperar al paciente para reconstruir a través de una Y de Roux. El paciente presenta nuevamente como secuela tardía colangitis de repetición a pesar del adecuado funcionamiento de ésta demostrada radiológicamente. Dos años después de manejo médico se detecta por vía tomográfica atrofia del segmento VII y por radiología intervencionista se logra canular el conducto obstruido que drenaba dicho segmento lo que alivia las colangitis y permite la recuperación del segmento atrofiado. En la reoperación dicho conducto es drenado a la misma Y de Roux y en el seguimiento no ha presentado colangitis. **Conclusiones:** Antes de la reparación de una lesión de la vía biliar durante una colecistectomía es fundamental identificar la anatomía completa del drenaje de la vía biliar. Ante la presencia de colangitis de repetición a pesar de un adecuado vaciamiento de una derivación bilio digestiva para reconstruir el árbol biliar, se requiere una investigación radiológica exhaustiva para identificar atrofiaciones segmentarias secundarias a la obstrucción crónica del conducto que drena dicho segmento y la canulación percutánea de éste, lo que permite la regeneración del segmento y facilita el procedimiento de reconstrucción.

#### TV-019

### COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON 2 TRÓCARES

Aguilar VS, Díaz M, Martínez de L, Fuentes P, Mercado M, Olmedo EJ, Aburto A, Aguilar SSA, Aguilera M, Olmedo R. Hospital Santa Teresa de Irapuato

**Antecedentes:** La colecistectomía laparoscópica clásica tuvo gran éxito y reemplazó a la cirugía tradicional convirtiéndose en el estándar de oro en todo el mundo. Se operaba con cuatro trócares, uno a nivel umbilical de 10 mm para la lente, uno subxifoideo de 10 mm de trabajo, y dos de 5 mm hacia flanco derecho para tracción de la vesícula. Al dominarse la técnica se empezó a practicar con tres trócares. En esta técnica que ha descrito Fausto Dávila, se lleva a cabo la colecistectomía con dos trócares, uno de 10 mm a nivel umbilical y el otro de 5 mm a nivel subxifoideo, eliminándolos de tracción vesicular y sustituyéndolos por riendas de tracción con hilos atados a la vesícula y gancho manipulador de vesícula, aplicando ligadura de conducto y arteria císticos con técnica de nudos extracorpóreos a través del trócar operatorio subxifoideo. **Objetivo del estudio:** 1. Demostrar que la técnica es reproducible y 2. Analizar sus ventajas. **Material y métodos:** En noviembre del 2002 me adiestré

en la técnica con el inventor de la misma, e inmediatamente pensé que era reproducible, segura, relativamente fácil y no aumentaba los costos. Se planeó un estudio prospectivo en los casos de la experiencia personal privada, ya que en la actualidad no trabajo en institución pública. Se presentan aquí los tres primeros casos. La técnica es bajo anestesia general, con 2 trócares, uno de 10 a 12 mm que es colocado en el ombligo, por donde se introduce una lente de 10 mm, otro de 5 mm subxifoideo que permitirá trabajar con portaagujas, pinza disectora, bajanudos con corte integrado, tijeras, irrigador, aspirador y gancho disector. Por otro lado en forma percutánea, y sin que posteriormente dejen huella, debido al bajo calibre, se introducen suturas con aguja recta para tracción de vesícula además de aguja gancho para tracción de vesícula y aguja hueca pasahilos hacia la zona de hipocondrio der., y epigastrio. Los detalles e ilustraciones de la técnica se mostrarán en la presentación. Los tres pacientes fueron del sexo femenino. La primera paciente se operó el 11 noviembre 2002. Las edades fueron de 30, 28 y 42 años. El tiempo quirúrgico promedio fue de 1 hora 10 min. Todos tuvieron colecistitis aguda severa, no tenían enfermedades subyacentes. Todos tuvieron una evolución postoperatoria excelente, toleraron la vía oral aprox., a las 12 horas y se dieron de alta en promedio a las 24 horas. A todos se les dejó drenaje tipo Penrose o sonda delgada, a subfrénico derecho, y se les retiró a las 24 horas. **Resultados:** Hasta ahora todas han evolucionado muy bien y no ha habido complicaciones. **Discusión:** La técnica es reproducible, es tan segura como la tradicional de 4 trócares o la abierta, ya que se utilizan ligaduras firmes como se hacía en ésta última. Es más barata porque utiliza dos trócares. Los agujas e instrumentos que se pasan en forma percutánea no dejan huella. Se necesita el dominio de la técnica de sutura, y de cirugía laparoscópica avanzada. Se puede operar cualquier caso de colecistitis aguda o crónica sin importar el tamaño de los litos. Es relativamente fácil ya que tiene un puerto de trabajo de 5 mm, dejando una cicatriz visible de sólo 5 mm, y es la cirugía precursora de la cirugía con un solo trócar (Sin Huella). **Conclusión:** 1. La técnica es reproducible. 2. Es segura, barata y fácil. 3. Da un alto grado de satisfacción al cirujano y al paciente.

#### TV-042

#### ALTERNATIVAS LAPAROENDOSCÓPICAS EN EL MANEJO DE LA COLEDOCOLITIASIS

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

**Antecedentes:** La exploración de vía biliar laparoscópica exige destreza quirúrgica y además es costosa, se puede realizar transcística y/o transcoledociana. Entre el 8 y el 19% de la población puede presentar un litio inadvertido en la vía biliar, esto hace pensar que en pacientes con dilatación de vía biliar corroborada transoperatoriamente y/o elevación de fosfatasa alcalina, hiperbilirrubinemia, elevación de transaminasas la exploración de vía biliar debe ser mandatoria. **Descripción del video:** Se presenta una forma sencilla de explorar la vía biliar en pacientes con dilatación importante de colédoco por enfermedad litiasica, Se presentan varios casos en forma consecutiva de extracción de litos con catéter de Fogarty en forma transcística, exploración con ureteroscópico flexible y extracción de litos con canastilla de Dormia, litotripsia electrohidráulica, exploración de vía biliar con lente de 30° de 5 mm a través de trócar subxifoideo y surgiwand de 5 mm a través de trócar de 5 mm en línea media clavicular y posición del paciente en semifowler y decúbito lateral derecho, extracción de litio en forma laparoendoscópica con canastilla de dormia, CPRE y esfinterotomía endoscópica con aclaramiento satisfactorio de la vía biliar en todos los casos. **Comentarios:** Consideramos que actualmente existe buen armamentario tecnológico que nos permite en forma de mínima invasión realizar una adecuada exploración y limpieza de la vía biliar.

#### TV-037

#### COLECISTECTOMÍA ABIERTA MICRO-LAPAROTÓMICA (2.5 CM), CON ANESTESIA LOCAL NO LAPAROSCÓPICA

Priego G, Fonseca H, Cottena G, Zapata R, Bernard O, Martínez A. Servicio de Cirugía General, Hospital Lomas Providencia, Guadalajara, Jal

**Introducción:** Aunque realizada poco frecuente, conocer la alternativa de la anestesia local para la extracción de la vesícula biliar, bien vale la pena por que, en ocasiones, existen pacientes a los que no se le puede realizar bloqueo o no nos gusta la idea de que lo intuben y le den anestesia general. Reconozco que la colecistectomía total por vía laparoscópica es en la actualidad, el "Standard de Oro", sin embargo hay algunos pacientes que, en nuestra serie corresponde al 4.0%, en que las condiciones críticas del paciente hacen peligroso el uso del laparoscopio y la opción de cirugía abierta, aunque viable, sabemos que conlleva, en ocasiones, más riesgos. Es en estos casos, todos ellos muy graves, que nos ponen "a dudar" a la hora de tomar una decisión quirúrgica, ya que la mortalidad reportada en la literatura mundial se acerca al 35%. Sabemos que se tienen que operar, pero de pensar en las complicaciones anestésicas, hace que dilatemos una sana decisión, haciendo más sombrío el pronóstico de estos pacientes. **Objetivo:** Mostrar los pasos de toda la técnica, en un procedimiento completo, que por su condición de estable nos hizo posible grabarlo, para mostrar que es un procedimiento relativamente fácil de reproducir. **Material y métodos:** Hemos realizado hasta este momento 27 procedimientos de este tipo, en el caso de nos ocupa, se hizo una colecistectomía abierta de 2.5 cm en un paciente de 89 años, que se presentó a la consulta con un cuadro de una colecistitis crónica agudizada litiasica y que además cursa con una enfermedad pulmonar obstructiva crónica y un aneurisma de la aorta abdominal estable, en donde su condición estable y el estar delgado nos permitieron grabarlo (con su consentimiento) con mucho detalle, logrando un video muy didáctico y de mucha enseñanza. Se muestran también los instrumentos que se tuvieron que crear para poder llevar a cabo este procedimiento, que de no ser por ellos, sería prácticamente imposible realizarla. **Resultados:** Demostrar que esta técnica es una opción viable y fácil de llevar a cabo. El paciente a las 6 h inicio deambulacion y dieta líquidos claros, requirió mínimas dosis de analgésico, y se egreso a las 20 h postoperatorias, sin exacerbación de su problema respiratorio ni trauma de su aneurisma. **Conclusión:** Creo que conocer y dominar esta técnica nos abre nuestro arsenal de opciones quirúrgicas para la colecistectomía, para así poder disminuir a un 3.7% los índices de mortalidad que pueden llegar hasta el 35%.

#### TV-017

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

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

**Antecedentes:** Esta técnica ganó el primer lugar en el Congreso del American College of Surgeon en el año 2000, fue presentada en el Congreso de la SAGES en 1999. La colecistectomía laparoscópica clásica tuvo gran éxito y reemplazó a la cirugía tradicional convirtiéndose en el estándar de oro en todo el mundo. Se operaba con cuatro trócares, uno a nivel umbilical de 10 mm para la lente, uno subxifoideo de 10 mm de trabajo, y dos de 5 mm hacia flanco derecho para tracción de la vesícula. Al dominarse la técnica se empezó a practicar con tres trócares, luego con dos eliminando los de tracción vesicular y sustituyéndolos por riendas de tracción con hilos atados a la vesícula y gancho manipulador de vesícula, aplicando ligadura de conducto y arteria císticas con técnica de nudos extracorpóreos. Finalmente en la evolución quirúrgica Fausto Dávila demostró que se podría practicar con un solo trócar. **Objetivo del estudio:** 1. Demostrar que la técnica es reproducible y 2. Analizar sus ventajas. **Material y métodos:** En noviembre del 2003 me adiestré en la técnica con el inventor de la misma, e inmediatamente pensé que era reproducible, segura, relativamente fácil y no aumentaba los costos. Se planeó un estudio prospectivo en los casos de la experiencia personal privada, ya que en la actualidad no trabajo en institución pública. Se presentan aquí los tres primeros casos. La técnica es bajo anestesia general, con un solo trócar de 10 a 12 mm que es colocado en el ombligo, por



donde se introduce una lente de 5 mm con canal de trabajo de 6 mm que permitirá trabajar con portaagujas, pinza disectora, bajanudos con corte integrado, tijeras, irrigador, aspirador y gancho disector. Por otro lado en forma percutánea, y sin que posteriormente dejen huella, debido al bajo calibre, se introducen suturas con aguja recta para tracción de vesícula además de aguja gancho para tracción de vesícula y aguja hueca pasahilos hacia la zona de hipocondrio der., y epigastrio. Los detalles e ilustraciones de la técnica se mostrarán en la presentación. Las tres pacientes fueron del sexo femenino. La primera paciente se operó el 27 de diciembre del 2003 tiene 42 años, con diabetes mellitus tipo con anemia severa que requirió transfusión de dos paquetes globulares un día antes de la operación, tenía además colecistitis aguda, litiasis vesicular múltiple y dos litos grandes que se fragmentaron para la extracción, la operación transcurrió sin problemas, tiempo quirúrgico 2 horas 20 min, evolución postoperatoria excelente, toleró vía oral a las 12 horas y se dio de alta a las 24 horas. La segunda tiene 50 años, con diabetes mellitus y antec., de tromboflebitis profunda de miembro pélvico derecho el 26 de diciembre 2003 tratada con cumarina, previa reversión del efecto anticoagu-

lante, se operó el 11 de enero del 2004, con colecistitis aguda y 1 lito grande que se tuvo que fragmentar, tiempo quirúrgico 2 horas, disección buena sin accidentes ni complicaciones. Fue dada de alta a las 24 horas. La tercera se operó el 26 enero 2004, de 25 años, litiasis vesicular múltiple, técnica depurada, tiempo quirúrgico de 1 hora 32 min., evolución excelente y alta en 24 horas. A las tres se les dejó drenaje con sonda sumamente delgada K-32, a subfrénico derecho, y se les retiró a las 24 horas. **Resultados:** Hasta ahora todas han evolucionado muy bien y no ha habido complicaciones. **Discusión:** La técnica es reproducible, es tan segura como la tradicional de 4 trócares o la abierta, ya que se utilizan ligaduras firmes como se hacía en ésta última. Es más barata porque utiliza un solo trócar. Los agujas e instrumentos que se pasan en forma percutánea no dejan huella. Se necesita el dominio de la técnica de sutura, y de cirugía laparoscópica avanzada. Se puede operar cualquier caso de colecistitis aguda o crónica sin importar el tamaño de los litos. En manos del autor se puede hacer en colecistitis gangrenada. **Conclusión:** 1. La técnica es reproducible. 2. Es segura, barata y fácil. 3. Da un alto grado de satisfacción al cirujano y al paciente. 3. Es una técnica revolucionaria.

