

Trabajos en Presentación Cartel

XXXII Congreso Internacional

www.medigraphic.com
Veracruz, Veracruz

28 al 29 de Octubre 2008

Índice de Módulos de Trabajos en Presentación Cartel

Martes 28 y Miércoles 29 de Octubre

Abdomen (varios) [1-38]	74
Cirugía Cardiovascular [39-45]	86
Cirugía Experimental/Investigación en Cirugía [46-48]	88
Cirugía Ginecológica [49-63]	89
Cirugía Oncológica (no Gastrointestinal) [64-89]	94
Cirugía Pediátrica [90-91]	102
Cirugía Urológica [92-104]	103
Cirugía Vasculuar [105-119]	107
Educación en Cirugía [120]	111
Estómago y Duodeno [121-143]	112
Hernias Ventrales / Cirugía de Pared Abdominal [144-163]	119
Hígado [164-179]	125
Infecciones y Sepsis en Cirugía [180-199]	130
Misceláneos (otros) [200-218]	136
Vesícula y vías biliares [219-272]	142

Jueves 30 y Viernes 31 de Octubre

Módulo: Apéndice [1-16]	159
Módulo: Bazo [17-27]	163
Módulo: Cirugía Bariátrica [28-31].....	167
Módulo: Cirugía de Cabeza y Cuello [32-51]	168
Módulo: Cirugía de Trauma [52-70]	174
Módulo: Cirugía Laparoscópica [71-75]	180
Módulo: Cirugía Torácica [76-86].....	182
Módulo: Colon y Recto [87-157]	185
Módulo: Enfermedades Ano-rectales [158-160]	206
Módulo: Esófago [161-176]	207
Módulo: Glándulas Suprarrenales [177-182]	213
Módulo: Hernias Inguinales [183-200].....	214
Módulo: Intestino Delgado [201-245].....	220
Módulo: Páncreas [246-269]	235
Módulo: Transplantes [270-272].....	242

TRABAJOS EN PRESENTACIÓN CARTEL MARTES 28 Y MIÉRCOLES 29

MÓDULO: ABDOMEN (VARIOS)

1

CUERPO EXTRAÑO LIBRE EN CAVIDAD ABDOMINAL INGERIDO DE FORMA INADVERTIDA

Gabriel García Correa. Servicio de Cirugía General. Hospital Ángeles Metropolitan, México, D.F.

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños de forma intencionada o inadvertida ha sido la causa de obstrucción y/o perforación en cualquier parte del tubo digestivo, lo que puede suceder en pacientes con deficiencia mental o con alteraciones neurológicas por efecto de drogas o alcohol, los cuales ingieren todo tipo de objetos. Además de éstos, la ingesta de cuerpos extraños puede suceder en pacientes que no presenten ninguna alteración psicológica y ser relacionadas a profesiones de riesgo, como zapateros. Además de estos pacientes, también se ha documentado las verdaderas desviaciones del apetito, con el deseo de ingerir cosas incomedibles, esta alteración denominada «pica». Las complicaciones que ocurren por la ingestión de cuerpos extraños son principalmente la obstrucción y la perforación intestinal y están en relación tanto al tamaño como a la cantidad y características del objeto; de tal manera que un objeto voluminoso tiende a obstruir la unión faringoesofágica o el píloro. Uno pequeño puede pasar inadvertido hasta su evacuación y uno punzante puede perforar cualquier parte del tubo digestivo. Se considera que dicha perforación intestinal ocurre en aproximadamente el 1% de los casos, ya que la mayoría de los cuerpos extraños (80-90%) logran pasar a través de todo el tubo digestivo espontáneamente. Los síntomas pueden ser no específicos y el descubrimiento del cuerpo extraño puede ser un hallazgo ocasional, puesto que la historia de la ingestión es difícil de obtener. El tratamiento está encaminado a corregir las complicaciones o evitarlas, por lo que su manejo debe ser multidisciplinario con la colaboración de endoscopistas, radiólogos y cirujanos. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 30 años que no refiere antecedentes de importancia para el padecimiento actual, el cual inicia hace dos meses con dolor abdominal de tipo punzante de predominio en flanco derecho con irradiación a la región lumbar y pierna ipsolateral, aumentando de intensidad con el movimiento y disminuyendo tras la ingesta de buscapina. Refiere haber asistido con neurocirujano y urólogo, los cuales descartan patología a estos niveles. A la exploración física resalta abdomen plano, deprimible, doloroso a la palpación media y profunda en fosa iliaca derecha, sin integrar datos de irritación peritoneal, además se palpa hernia inguinal con orificio interno ocupado por tejido, reductible pero dolorosa; por lo que se solicitó colon por enema para descartar patología de colon asociado, reportando dicho estudio: Colon espástico; se realizó hernioplastia inguinal sin complicaciones. Mes y medio posterior a la reparación de hernia inguinal, el paciente se presenta al Servicio de Urgencias con dolor abdominal de tipo cólico de aprox. 12 h de evolución, intensidad 10/10, con irradiación a flanco ipsolateral, náusea y fiebre, a la valoración clínica se integra cuadro apendicular y se realizó apendicetomía: En la cirugía se encontró líquido libre de aprox. 50 cc, apéndice retrocecal, hiperémica, al realizar la disección del meso apéndice, se encuentra zona de epiplón indurado con presencia de objeto extraño (alambre) de aprox. 3 cm de longitud, enviando piezas quirúrgicas a patología. Dicho servicio reportó apendicitis aguda, epiplón, con fibrosis, inflamación crónica inespecífica y cuerpo extraño (segmento de alambre). **Conclusiones:** Las complicaciones que ocurren por la ingestión de cuerpos extraños son principalmente la obstrucción y la perforación intestinal y están en relación tanto al tamaño como a la cantidad y características del objeto. El tratamiento está encaminado a corregir las complicaciones o evitarlas, por lo que su manejo debe ser multidisciplinario con la colaboración de endoscopistas, radiólogos y cirujanos.

2

HERNIA DE BOCHDALEK COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

René Antonio Sánchez Matus, Martínez CHCL, Ramos XR, Ramírez PL, Estrada GFJ. Servicio de Cirugía General. Hospital SSGDF, México, D.F.

Introducción: Se han descrito cuatro formas diferentes de hernia diafragmática congénita: hernia de hiato, hernia paraesofágica, hernia de Morgagni-Larrey y hernia de Bochdalek. La primera descripción de hernia diafragmática fue realizada por Ambrosio Paré en 1575. Vincent Alexander Bochdalek profesor de anatomía de la Universidad de Praga, en 1848 describió la embriología de la malformación y del defecto anatómico que hoy lleva su nombre. La hernia de Bochdalek se produce por un defecto del cierre del conducto pleuroperitoneal durante el desarrollo embriológico del diafragma entre las semanas 8 y 10 de vida. Es el resultado de la fusión incompleta de los elementos lumbares (posteriores) y costales (laterales) durante en desarrollo del diafragma, lo cual a su vez permite el flujo del contenido toracoabdominal. La presentación de casos es de 1 a 2,000-7,000 pacientes, siendo las mujeres más afectadas

en un 78%. Es más frecuente en el periodo neonatal 90% y raro en adultos 10%, con presentación en hemitórax izquierdo en 80-90%. En los neonatos se acompaña de una insuficiencia respiratoria severa secundaria a hipoplasia pulmonar, con persistencia de la circulación fetal y déficit del surfactante pulmonar. En los adultos suele ser asintomática o con predominio de clínica digestiva. Los factores predisponentes de la aparición tardía son las hernias congénitas, el embarazo, los esfuerzos físicos, y las grandes ingestas de comida. La hernia de Bochdalek generalmente carece de saco peritoneal, el contenido herniario suele corresponder a grasa y epiplón en el 73% y a órganos sólidos o entéricos en 27%, siendo el más común estómago, colon, e intestino delgado. Los estudios radiológicos (radiografía simple, ecografía, tránsito baritado esofagográfico, TAC e IRM) permiten el diagnóstico preoperatorio preciso de la hernia de Bochdalek, en ocasiones se han utilizado endoscopia, laparoscopia e incluso laparotomía exploradora. Las hernias de Bochdalek sintomáticas son tributarias de tratamiento quirúrgico por el riesgo de complicaciones evolutivas: estrangulación, necrosis, perforación, fístula, oclusión y muerte. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de la 5ta década de la vida, la cual ingresa al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de 4 días de evolución a nivel de epigastrio y mesogastrio de tipo opresivo el cual ha ido aumentando de intensidad actualmente 10/10, presentando irradiación a todo el abdomen, presenta náuseas y vómito de contenido intestinal de 2 días de evolución en número de 10 al día, no presenta canalización de gases, fiebre de 39 °C dos días, ha sido manejada médicamente con analgésicos, antipiréticos así como antibiótico tipo cefalosporina de 2da generación sin mejoría. Como antecedentes quirúrgicos presenta operación cesárea hace 20 años, niega cronicodegenerativos, antecedentes traumáticos negados. A la exploración física se encuentra con vitales FC 110x', FR 23X', Temp 39 °C, TA 120/80, se encuentra consiente, irritable, quejumbrosa, mucosa oral deshidratada, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen se encuentra cicatriz infraumbilical línea media, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, peristalsis metálica, a la palpación se encuentra con Von blumberg presente. Laboratorios se encuentra con leucocitosis de 19,000 a expensas de neutrófilos al 87%, Hb 14, plaquetas de 230,000, Gluc 120 mg/dl, Creat de 1.2, úrea de 45, se realiza radiografía abdomen pie y decúbite en donde se encuentra dilatación importante de colon transverso, tele de tórax, sin alteración aparente. Paciente la cual se encuentra con datos de abdomen agudo probablemente secundario a oclusión intestinal baja, por lo cual se le realiza laparotomía exploradora, donde se encuentra hernia diafragmática de Bochdalek izquierda con compromiso de colon transverso, el cual se libera del anillo diafragmático, no se encuentra con cambios de isquémicos en el mismo, por lo cual únicamente se realiza cierre del defecto diafragmático el cual es de aproximadamente de 10 x 15 cm, con sutura vicryl súrgete anclado, previa maniobra de valsaba. Paciente presenta datos de neumotórax, por lo cual se le realiza colocación de sonda endopleural hemitórax izquierdo, resolviéndose el mismo después de 24 h de colocación, paciente presenta canalización de gases a las 18 h del postoperatorio, se inicia la vía oral a las 24 h y es egresada a las 72 h del servicio. **Conclusiones:** La hernia de Bochdalek es una patología poco frecuente en la edad adulta, no por esto se debe descartar en este grupo de edad, es muy importante como lo dicen los principios básicos de la medicina hacer una correcta y amplia anamnesis del paciente, nunca perder importancia a todos los antecedentes que presenta, y definir de forma oportuna la necesidad de plantear tratamiento quirúrgico, en este caso clínico, lo importante por parte del Servicio de Cirugía General fue definir el tratamiento quirúrgico ya que la paciente presentaba datos de abdomen agudo, y no retrasar su pase a quirófanos con la finalidad de prevenir complicaciones tales como isquemia, necrosis, perforación, sepsis, choque séptico y finalmente la muerte. Cabe resaltar que ésta poco frecuencia de presentación de hernia de Bochdalek es relativa y puede presentar cambios en futuras generaciones, ya que como lo describe la literatura, una base importante es la obesidad ya que presenta aumento de presión intraabdominal, en el cual puede pasar de un patrón asintomático a uno sintomático por el compromiso de visera o intestino que pueda presentar.

3

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA CON NECROSIS DE CUERPO Y FONDO DEL ESTÓMAGO

Julio Sotelo Estévez. Servicio de Gastrocirugía. Hospital de Especialidades «Bernardo Sepúlveda», IMSS, Toluca, Edo. México

Introducción: Las lesiones traumáticas del diafragma son consecuencia conocida de un trauma grave, generalmente de tipo contuso. Su incidencia ha aumentado debido al crecimiento en número y severidad de los accidentes, en especial del tránsito. Su diagnóstico continúa siendo un desafío para cirujanos y radiólogos, diagnosticándose tardíamente hasta en más de la mitad de los casos, dejando una hernia diafragmática latente, que puede manifestarse con síntomas que varían desde inespecíficos hasta la estrangulación de un asa intestinal. Se presenta el caso de un paciente

con obstrucción intestinal de colon secundaria a una hernia diafragmática traumática atascada, con historia de un traumatismo penetrante toracoabdominal ocurrido siete años antes. Se revisan los métodos y signos radiológicos de mayor utilidad para el diagnóstico de esta patología. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 18 años de edad sin antecedentes de importancia el cual inicia su padecimiento desde hace una semana antes de su internamiento presentando caída de una altura aproximada de 1.5 metros que posteriormente acude a unidad de segundo nivel donde no encuentra patología alguna y es dado de alta por mejoría posteriormente 5 días después del trauma presenta datos de dificultad respiratoria y acidosis respiratoria, acude a unidad de segundo nivel donde se realiza intubación endotraqueal y apoyo mecánico ventilatorio se realiza radiografía de tórax, la cual muestra elevación diafragmática del lado izquierdo, panendoscopia, la cual reporta gastropatía hemorrágica se realiza tomografía toracoabdominal la cual muestra hernia diafragmática con compromiso de estómago y bazo el paciente es intervenido quirúrgicamente para laparotomía exploradora, la cual se reporta como hallazgos quirúrgicos necrosis del cuerpo y fondo del estómago y perforación de 4 cm, con compromiso de bazo el cual se encuentra crecido por secuestro y necrosis de epiplón gástrico se realiza gastrectomía total, con esplenectomía y omentectomía se realiza disfuncionalización del tracto gastro-intestinal con esofagostomía y yeyunostomía, se logra la estabilidad del paciente siendo mantenido con nutrición parenteral. Es intervenido en un segundo tiempo quirúrgico donde se realiza reconexión con esófago yeyunoanastomosis término-lateral y reparación de eventración, el paciente cursa con adecuado postoperatorio. **Conclusiones:** Las hernias diafragmáticas congénitas son una entidad bien conocida, sin embargo, su aparición tardía como consecuencia de una rotura traumática es excepcional. La incidencia de las hernias diafragmáticas postraumáticas está aumentando en los últimos años, debido al incremento de los accidentes de tráfico y de agresiones criminales. El diagnóstico puede ser difícil y hay que sospecharlo, incluso ante traumatismos banales toraco-abdominales. Además del antecedente del traumatismo, la exploración y una radiografía de tórax son los procedimientos más adecuados para un diagnóstico preciso, aunque, a veces es preciso utilizar otros medios diagnósticos. Si bien el tratamiento debe realizarse en cuanto se hace el diagnóstico, no existe unanimidad sobre la vía de abordaje: toracotomía o laparotomía. El cierre diafragmático lo realizamos mediante sutura no absorbible, aunque otros autores han precisado del uso de material protésico. Consideramos que debemos de sospechar este tipo de patología ante pacientes con antecedente de traumatismo abdominal, aunque sea remoto en el tiempo, y que presenten síntomas respiratorios o digestivos, siendo la radiografía de tórax con sonda nasogástrica la primera prueba diagnóstica.

4

EVENTRACIÓN TRANSDIAFRAGMÁTICA POSTRAUMA

Oscar Velasco Díaz, Ramos XR. Servicio de Cirugía General. Hospital HG «Villa», SSDF, México, D.F.

Introducción: La hernia diafragmática traumática es causada por trauma cerrado como por heridas penetrantes por instrumento punzocortante o arma de fuego, en cuanto a heridas penetrantes por instrumento punzocortante éstas tienen una frecuencia de hasta el 15% y hasta un 40% por heridas por proyectil de arma de fuego, esta incidencia ha aumentado debido a la severidad de los accidentes en especial del tránsito, su retraso en diagnóstico es un desafío para los cirujanos y radiólogos, diagnosticándose tardíamente en más de la mitad de los casos, que puede ir desde semanas, meses y años dejando una hernia diafragmática latente, que puede manifestarse con síntomas inespecíficos hasta la estrangulación de alguna estructura abdominal y su abordaje quirúrgico puede darse a través de abdomen y/o tórax, con la reaparición del diafragma y la restitución del contenido abdominal. **Reporte del caso:** Masculino de 19 años de edad el cual ingresa al hospital por presentar dolor abdominal de predominio en hipocondrio izquierdo de 1 semana de evolución y disfgaia, además señala que al realizar algún esfuerzo manifestaba disnea. Cuenta con el antecedente de haber sufrido herida por instrumento punzante de tipo picahielo hace 1 mes a nivel de flanco izquierdo, siendo manejado de manera conservadora. A su ingreso a la unidad, se encuentra alerta orientado, con mal estado de hidratación, a nivel torácico se ausculta disminución del murmullo vesicular del hemitórax izquierdo con asimetría de los movimientos de amplexión y amplexación del lado ipsilateral, a nivel abdominal. Con peristalsis aumentada, sin datos de irritación peritoneal con dolor a la palpación media y profunda a nivel de hipocondrio izquierdo y hepigiastro, no se palpan megalias. Se realiza Rx tele de tórax y placas de abdomen de pie y decúbito donde se observa solamente elevación del hemidiafragma izquierdo, y se toma lateral izquierdo de tórax el cual confirma la elevación diafragmática izquierda sin otro dato agregado; en las placas de abdomen, se observa dilatación de asas de colon derecho. No hay signos radiológicos que sugieran perforación. Dado el antecedente, los hallazgos radiológicos y la excelente historia clínica exploración física se sospecha en una probable eventración transdiafragmática posttrauma, por lo que se ingresa al quirófano para laparotomía exploradora encontrándose herniación de la cámara gástrica, epiplón mayor y colon

transverso hacia la cavidad torácica, a través de un defecto del diafragma izquierdo de 8 cm aproximadamente. Las asas intestinales se observan edematosas, cámara gástrica y colon transverso distendidos y con cambios isquémicos; y debido a la tracción excesiva que existía había cambios isquémicos a nivel esplénico. Los cuales revierten a la descompresión, el orificio herniario del diafragma se repara en dos planos, evolucionando el paciente sin complicaciones. **Conclusiones:** Actualmente se estima que como consecuencia de traumas toracoabdominales graves se produce rotura diafragmática en el 5-10% de los casos, sin embargo también pueden aparecer tras-traumatismos de poca importancia, el hemidiafragma izquierdo es el más frecuente roto entre un 55 al 100% seguido del derecho y excepcionalmente la rotura puede ser bilateral, la clínica de presentación puede ser muy variada y salvo que origine una complicación aguda, generalmente no se piensa en ella. Según la bibliografía el intervalo libre de síntomas puede ir de 2 meses a 10 años.

5

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE MANIFESTACIÓN TARDÍA: CORRECCIÓN DE HERNIA DE BOCHDALEK EN UN PACIENTE ADULTO

Juan Manuel Hernández Quintero, Calzada-Parrales CD, Mena-López JA, Román-Guzmán E, Miranda-López E, Pérez-Huerta JL, Plata-Peredo E, Mondragón-Sánchez R. Servicio de Cirugía. Hospital Centro Médico IS-SEMYM, Ecatepec, Edo. de México

Introducción: La hernia diafragmática posterolateral congénita o hernia de Bochdalek (HB), fue reportada por primera vez en 1579 por Ambrosio Paré y descrita posteriormente por Alexander Bochdalek en 1848. El lado afectado predominantemente es el izquierdo (90% de los casos) y predomina discretamente en los varones. El defecto en el proceso de cierre del diafragma durante la vida intrauterina se diagnostica habitualmente entre la edad neonatal y preescolar, con manifestaciones predominantemente respiratorias, la identificación de esta patología se realiza en uno de cada 2,200-12,500 nacidos vivos, sin embargo el diagnóstico en el adulto es infrecuente, estimándose el reporte de aproximadamente 100 casos en la literatura mundial. El diagnóstico en el paciente adulto se establece en la mayor parte de los casos en forma incidental, en estudios de imagen de pacientes asintomáticos; algunos otros casos se manifiestan por dolor torácico o abdominal, disnea, síntomas digestivos o complicaciones de los órganos herniados (por ejemplo estrangulación). Los síntomas escasos obedecen a que habitualmente el tamaño del defecto es pequeño y al desarrollo pulmonar apropiado. El tamaño del defecto no necesariamente se correlaciona con el volumen de la hernia. La presencia de un saco herniario se identifica hasta en el 38% de los casos. La identificación de la HB se realiza mediante exploración física, al auscultar ruidos intestinales en el tórax cuando las hernias son grandes. Los estudios de gabinete incluyen la radiografía simple de tórax. El estudio más sensible (78%) y de elección es la tomografía, que permite identificar con precisión las estructuras herniadas. Los estudios baritados y de doble contraste resultan muy útiles y demostrativos. La resonancia magnética nuclear también se usa con buenos resultados. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de una mujer de 40 años de edad, sin antecedentes traumáticos previos con síntomas digestivos caracterizados por dolor y distensión abdominal. Presentaba disnea de mediados esfuerzos. El diagnóstico de HB se estableció mediante estudios radiológicos simples y baritados, confirmándose mediante tomografía una hernia diafragmática izquierda conteniendo omento, intestino delgado, colon y polo superior esplénico. Previa fisioterapia respiratoria, fue sometida a toracotomía inicialmente, sin embargo requirió laparotomía para reducción de la hernia y reparación del defecto (aproximadamente 12 x 15 cm). No se identificó saco herniario. Se empleó material protésico (malla de PTFE/polipropileno) debido al tamaño del defecto. El procedimiento anestésico se caracterizó por intubación selectiva del bronquio derecho. La evolución postquirúrgica fue adecuada, sin embargo ameritó la recolocación de la sonda de pleurostomía por derrame pleural. Durante el seguimiento de la paciente se ha corroborado la mejoría de los síntomas y una adecuada recuperación funcional. Se presentan imágenes ilustrativas del caso. **Conclusiones:** El tratamiento de la HB consiste en la reparación quirúrgica del defecto, preferentemente en forma programada cuando es posible. Las vías de abordaje pueden ser: transtorácica, transabdominal o ambas. El abordaje transtorácico tiene su mejor indicación en el caso de hernias postraumáticas no agudas y en el tratamiento de los defectos congénitos del lado izquierdo. La vía transabdominal permite una reducción controlada mediante tracción de las estructuras herniadas y que en la experiencia de los autores, resulta útil para la reparación con uso de mallas en caso de defectos diafragmáticos grandes. Este mismo abordaje se prefiere en los casos de hernias diafragmáticas traumáticas agudas cuando conviene revisar los órganos abdominales. El abordaje toracoscópico o laparoscópico proporciona los beneficios de la cirugía de mínima invasión, con menor dolor postquirúrgico, recuperación precoz y mejores resultados estéticos. Los materiales usados deben ser suturas no absorbibles y en caso necesario mallas de teflón o PTFE cuando los defectos son muy grandes.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA CON HEMONEUMOTÓRAX IZQUIERDO DRENADO POR VÍA TRANSDIAFRAGMÁTICA

Miguel Ángel Gaxiola García. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional «La Raza», IMSS, México, D.F.

Introducción: El trauma se encuentra entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad en la población de 20 a 40 años de edad. La importancia del trauma de tórax radica en la alta mortalidad de las lesiones, la cual aumenta cuando se combina con trauma abdominal. Asimismo, en la mayoría de los casos el interrogatorio y exploración física, aunados a una radiografía de tórax son suficientes para establecer el diagnóstico y tratamiento iniciales y en ocasiones definitivos. **Reporte del caso:** Masculino de 37 años de edad que sufre accidente automovilístico tipo impacto frontal viajando de copiloto y portando cinturón de seguridad; sufre contusión abdominal en mesogastrio. En urgencias manifiesta dificultad respiratoria. A la exploración física: en hemitórax izquierdo disminución de ruidos respiratorios, matidez a la percusión y ruidos peristálticos a la auscultación. Radiografía de tórax (Rx) muestra imagen homogénea opacificando 2/3 inferiores de hemitórax izquierdo. Se realiza diagnóstico de hernia diafragmática posttraumática y se somete a laparotomía exploradora. Durante el procedimiento se realiza revisión sistemática de cavidad con hallazgos de dos laceraciones en lóbulo izquierdo hepático, 3 cm en segmento III y 4 cm en segmento IVa sin sangrado activo, laceración en cara visceral de bazo de 5 cm con sangrado activo realizando esplenorrafia con catgut crómico del 1 y taponamiento con gelfoam. Se observa estómago intratorácico a través de defecto diafragmático de 15 cm abarcando 5 cm del tendón central con extensión lateral 10 cm hacia masa muscular de hemidiafragma izquierdo. Se reduce hernia y se repara defecto con puntos anclados de ácido poliglicólico del 1; previo al cierre se aspira hemotórax izquierdo con sonda Nelaton 18Fr retirándola al terminar el drenaje de 150 cc de sangre. Se coloca Penrose hacia lecho esplénico y se extrae por contraabertura a flanco izquierdo. Se cierra por planos de manera convencional. Durante el seguimiento se vigilan los parámetros vitales del paciente, estado de la herida quirúrgica y gastos del drenaje, se realizan Rx PA seriadas. En la Rx tomada 7 horas después de la cirugía se observa reducción completa de la hernia, elevación residual de hemidiafragma izquierdo, aumento de espacios intercostales izquierdos, fractura de 6° arco intercostal izquierdo así como neumotórax residual de 21%. Se determinó el tamaño del neumotórax con la fórmula de Light: Porcentaje de neumotórax = $100 - ((\text{diámetro pulmonar} / 3 / \text{diámetro del hemitórax} / 3) \times 100)$. En la Rx a las 24 horas se aprecia neumotórax de 21%. Debido al tamaño limítrofe del neumotórax y a la intensidad del trauma se realiza tomografía computada toracoabdominal con reconstrucción digital en la que se encontró hemotórax residual izquierdo (no evidente en Rx) y neumotórax mayor de 30%, además de fractura de 9° arco costal derecho y 5° arco costal izquierdo. Por lo anterior se coloca sonda endopleural izquierda. A las 48 horas posteriores al procedimiento el gasto del Penrose disminuyó a menos de 20 cc en 24 horas por lo que se retiró. La sonda endopleural permaneció por 5 días, retirándose al disminuir el gasto. **Conclusiones:** El drenaje transdiafragmático de un hemoneumotórax durante una reparación de hernia diafragmática posttraumática es factible, siempre y cuando se trate de un paciente estable y por lo tanto sin necesidad de colocación de sonda pleural previo a la cirugía. Existen varias maneras de determinar el porcentaje de neumotórax para el seguimiento radiológico; entre las más utilizadas se encuentra la fórmula de Light. Sin embargo, la correlación entre cuantía de neumotórax y radiografía simple de tórax no siempre es óptima siendo necesario recurrir a otras modalidades de imagen tales como tomografía computada tomando en cuenta las características clínicas de cada caso.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMÁTICA

Juan Carlos Díaz Gutiérrez, Mondragón CHMA, Gómez AJF, Cortez RJ, Cerón GBI, Mireles DHH. Servicio de Cirugía General. Hospital Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos», ISEM, SSA, México, D.F.

Introducción: Sennertus comunicó el hallazgo de un estómago estrangulado asociado con hernia diafragmática en 1541, en 1853 Bowditch reconoció la lesión y recibió el crédito al describir algunos hallazgos clínicos. La rotura diafragmática se produce debido a un traumatismo no penetrante o penetrante, la verdadera incidencia no se conoce; la lesión aparece con mayor frecuencia en pacientes con traumatismo penetrante. Los traumatismos no penetrantes pueden provocar una lesión tipo estallido cuando se asocia con aumento súbito de la presión intraabdominal. Pacientes con cinturón de seguridad (desaceleración rápida), las víctimas de choques con impactos laterales, lesiones por aplastamiento. Por lo general, la lesión se extiende en sentido posterolateral desde el tendón central y ocurre con mayor frecuencia a la izquierda (la porción posterior izquierda del diafragma es la más débil). El defecto tiende a ser más grande cuando se asocia con traumatismo no penetrante. Lesiones menores pueden ser difíciles de detectar, alto índice de sospecha, re-

ducción significativa de la función respiratoria, se equilibra la presión positiva intraabdominal con la presión negativa intratorácica, produce colapso del pulmón homolateral. Gran cantidad de lesiones genera un diagnóstico durante la exploración quirúrgica. Disminución de los ruidos respiratorios, presencia de ruidos intestinales a la auscultación y timpanismo a la percusión. La radiografía de tórax ayudó a realizar el diagnóstico en 46% de lado izquierdo y 14% del derecho. La tercera parte de las radiografías de tórax es normal. **Reporte del caso:** Masculino de 41 años de edad que ingresa al servicio de choque el día 5 de marzo de 2008, referido de Hospital General Regional, con antecedente de atropellamiento por vehículo automotor, tórax con presencia de hipoventilación basal derecha e izquierda así como con la presencia de sondas endopleurales bilaterales, se valora en nuestro Centro Médico por el Servicio de Cirugía de Tórax y se indicó el retiro de ambas sondas endopleurales, se revalora con estudio radiológico de tórax en donde se aprecia colapso pulmonar izquierdo, así como datos de hernia diafragmática izquierda con presencia de asas intestinales, a la auscultación hipoventilación, así como presencia de ruidos peristálticos en hemitórax izquierdo, se decide su pase a quirófano, se tienen como hallazgos: hernia diafragmática izquierda posttraumática de 12 cm, hemitórax con presencia de estómago, asas de delgado, colon transversal y epiplón, sin datos de isquemia, se realiza plastia diafragmática y colocación de sonda endopleural izquierda. **Conclusiones:** La mayoría de las lesiones de este tipo son secundarias a eventos posttraumáticos cerrados de tórax, con un reconocimiento del cuadro basado en los signos y un alto índice de sospecha de presentación del mismo. Se pueden clasificar este tipo de hernias en: fase aguda, intermedia o crónica; o en fase de obstrucción o estrangulación. Las lesiones agudas se abordan mediante una incisión abdominal (facilita la evaluación) o toracotomía aunque ésta se puede reservar para hernias crónicas, se cierra mediante puntos separados en 8 o de colchonero (U) con polipropileno 2-0. Algunos autores recomiendan cierre en 2 planos para defectos mayores de 2 cm (puntos de colchonero y después continuo con polipropileno).

HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA DERECHA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Salvador Terrazas Cancino, Cervantes CJ, Campos CF. Servicio de Cirugía General. CMN «La Raza», IMSS, México, D.F.

Introducción: La ruptura diafragmática traumática es una lesión infrecuente y constituye uno de los retos más importantes para el cirujano en cuanto a su diagnóstico y tratamiento oportuno. Su incidencia oscila entre 0.8 y 1.6% en pacientes con trauma toracoabdominal; de entre éstos 3-30% son causadas por trauma contuso de acuerdo a las series norteamericanas, mientras que en las europeas representan el 80 a 100%. Aproximadamente 69% de las hernias se presentan en el lado izquierdo, 24% en el lado derecho y 15% son bilaterales. Predomina en el sexo masculino, sobre todo entre los 20 y 50 años. Son lesiones de difícil diagnóstico e identificarlas requiere de un alto índice de sospecha durante la evaluación inicial. La mortalidad total se reporta del 3.8% y su manejo quirúrgico oportuno disminuye el peligro de complicaciones. **Reporte del caso:** Femenino de 27 años, sin antecedentes de importancia; quien viajaba como copiloto en automóvil el cual se impacta de frente contra otro vehículo siendo proyectada a través del parabrisas sufriendo múltiples contusiones con pérdida del estado de alerta. A su ingreso se descarta lesión abdominal y neurológica; se somete a aplicación de fijadores externos por fractura de pelvis y fémur. Siete días después presenta desaturación y ausencia de ruido respiratorio en hemitórax derecho por lo que se realiza radiografía (Rx) y tomografía computarizada (TC) de tórax encontrando elevación diafragmática derecha y herniación de glándula hepática en cavidad torácica. Se realiza toracotomía derecha de urgencia encontrando parénquima pulmonar colapsado, hígado en cavidad torácica con laceración superficial de 3 cm, y otra en borde libre de 1 cm, ángulo hepático de colon, epiplón y ruptura diafragmática antero lateral de aproximadamente 15 cm; se reduce hernia a cavidad abdominal y se repara defecto con Vycril, se colocan puntos anteriores con fijación a pared torácica y 2 sondas endopleurales. La evolución posterior es adecuada, manteniéndose estable y retirándose apoyos vitales. En su séptimo día posterior a la cirugía se encuentra sin complicaciones con control radiológico sin datos patológicos por lo que se decide su egreso. **Conclusiones:** El paciente reportado presenta una de las formas menos frecuentes de eventración diafragmática adquirida del lado derecho secundario a traumatismo severo, con herniación casi en su totalidad de la glándula hepática hacia la cavidad torácica; la presencia del hígado por debajo del hemidiafragma derecho ejerce acción de buffer, al absorber parte de la energía cinética del trauma, mientras que el hemidiafragma izquierdo está más desprotegido exponiéndose más a las lesiones. El diagnóstico puede ser retrasado debido a confusión clínica y ausencia de hallazgos radiológicos tempranos; todos los autores están de acuerdo que un alto índice de sospecha es esencial durante la evaluación inicial del paciente con trauma toracoabdominal contuso basándose en el me-

canismo del trauma, sitio del mismo y hallazgos radiológicos; creemos que pueden existir lesiones que llaman la atención del médico que evalúa el caso desviándolo de las lesiones que ponen en peligro la vida con probabilidad de pasar por alto signos y datos sugestivos de ruptura diafragmática. En la radiografía de tórax existe una baja frecuencia de datos que orienten hacia un diagnóstico temprano; sin embargo las series repetidas pueden orientar hacia un diagnóstico y alertar al cirujano. Coincidimos con la literatura en que todas las heridas diafragmáticas independientes del tamaño y de la localización son tributarias de tratamiento quirúrgico por lo que creemos lo más adecuado es practicar laparotomía o toracotomía en cuanto se sospeche y corrobore el diagnóstico. Incluso cuando se efectúa la operación tardía, los resultados han de ser favorables porque la expansión del pulmón colapsado suele mejorar la función ventilatoria.

9

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA ASOCIADA A TRAUMATISMO TORACOABDOMINAL RECIENTE

Carlos Enrique Goicochea Gaona, Cuenca MI, Ponce de León EM, Pacheco GE, Estrada GJ, Cedillo TO, Mejía CG. Servicio de Cirugía General. Hospital Balbuena, SSA, México, D.F.

Introducción: La primera descripción de hernia diafragmática fue realizada por Ambroise Paré en 1575. Bochdalek, en 1848, describió la embriología de la hernia diafragmática que hoy lleva su nombre. La hernia de Bochdalek es un defecto congénito posterolateral del diafragma, localizado del lado izquierdo en 70 a 90% de los casos y usualmente se presenta en población pediátrica con insuficiencia respiratoria aguda. Sin embargo, existen cerca de 130 casos en población adulta reportados en la literatura mundial. El diagnóstico se establece de dos maneras: por hallazgo incidental en estudios radiológicos del tórax o por complicaciones secundarias al paso de vísceras abdominales a través del defecto diafragmático, lo cual puede producir dolor torácico importante, encarcelación, estrangulación o ruptura de las mismas dentro del tórax. La hernia diafragmática constituye un problema poco frecuente para el cirujano de trauma, y se requiere de un alto índice de sospecha para su diagnóstico, especialmente en los casos de trauma cerrado. Presentamos el caso de un paciente masculino de 72 años de edad, con hernia diafragmática congénita, ingresado al Servicio de Urgencias por traumatismo toracoabdominal. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 72 años de edad, originario del DF, escolaridad secundaria, obrero, religión católica, casado. Niega antecedentes traumáticos, quirúrgicos, alérgicos, crónico-degenerativos y otros. Alcoholismo negado. Tabaquismo a razón de 4 cigarrillos al día. Es traído al Servicio de Urgencias al sufrir 1 hora previa a su ingreso arrollamiento por vehículo automotor en vía de baja velocidad, recibiendo contusión lateral a nivel de hemitórax izquierdo. Desconociéndose más sobre la cinemática del trauma. A su ingreso al Servicio de Urgencias se encuentra activo, sin pérdida del estado de alerta, Glasgow de 15. FC:70x FR:21x TA:100/60 mmHg T:37 °C, Tórax: Normolíneo; sin alteración en la mecánica ventilatoria. Hemitórax izquierdo con dolor a la palpación a nivel de 6-7mo arco costal, sin integrarse síndrome pleuropulmonar. Hemitórax derecho auscultándose a nivel basal síndrome de sustitución pulmonar por peristalsis y ausencia de ruidos respiratorios. A la percusión signo de Jaubert positivo. Abdomen: Semigloboso, peristalsis normoactiva, sin datos de irritación peritoneal. Resto sin alteración. Se solicita BH, QS, Rx de tórax y TAC toracoabdominal. Rx Tórax: Sin datos de fracturas costales, hemo ni neumotórax, con elevación de hemidiafragma derecho y signo de Chilaiditi positivo, sugerente de hernia diafragmática derecha. TAC toracoabdominal: Se aprecia asas intestinales en hemitórax derecho. Con lo que se confirma la presencia de hernia diafragmática derecha. Contralateral al traumatismo toracoabdominal. (Imagen Rx y TAC) Se decide manejo conservador y se ingresa a piso de Cirugía General para vigilancia, paciente que durante su estancia se mantiene hemodinámicamente estable, sin referir sintomatología respiratoria ni digestiva. Se egresa por mejoría al 3er día, con seguimiento por la consulta externa de Cirugía General para manejo quirúrgico electivo de la hernia diafragmática congénita. **Conclusiones:** A pesar de ser una patología predominantemente diagnosticada en recién nacidos, la hernia diafragmática congénita en la edad adulta es una entidad clínica bien descrita y aunque poco común, se debe sospechar en adultos con sintomatología del tracto respiratorio y digestivo que no remite con tratamiento convencional. El adecuado manejo de las hernias diafragmáticas depende del momento de su diagnóstico y del compromiso de las vísceras involucradas, siendo las hernias crónicas factibles de manejo electivo. En este caso se trata de una hernia diafragmática congénita derecha, asintomática, asociada a trauma toracoabdominal contralateral, la cual se diagnosticó mediante el apoyo de la radiografía y tomografía de tórax, manejando al paciente en forma conservadora evitándose de esta manera una cirugía de urgencia innecesaria.

10

HERNIA DIAFRAGMÁTICA POSTRAUMA

Oscar Velasco Díaz, Servicio de Cirugía General. HG Villa, IMSS, SSA GDF, México, D.F.

Introducción: La hernia diafragmática secundaria a un traumatismo es causada por trauma cerrado así como por instrumento punzocortante o por arma de fuego. Sin embargo, hay diversos factores que llevan a pasar por alto la lesión en la fase inicial, como son las lesiones asociadas y además de desconocer los signos y síntomas asociados y es frecuente obviar el diagnóstico. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 19 años de edad, soltero, estudiante, el cual tiene el antecedente de haber presentado herida por instrumento punzocortante (picahielo) hace 1 mes antes de su ingreso al hospital en flanco izquierdo del abdomen donde sólo se manejó de manera conservadora bajo vigilancia médica y habiéndose dado de alta 2 días después. Inicia hace 1 semana con dolor en abdomen tipo cólico de manera intermitente al inicio acompañándose de disnea progresiva y disfagia así como intolerancia a la vía oral. A su ingreso se agrega dolor en hemitórax izquierdo, sordo, continuo. Exploración física: se ausculta hemitórax izquierdo con murmullo vesícula abolido, sin estertores. El hemitórax derecho con murmullo vesicular presente sin agregados. Área cardiaca normal. A nivel abdominal con peristalsis aumentada con dolor a la palpación media y produce a nivel de epigastrio, hipocondrio izquierdo y flanco izquierdo. Parámetros de laboratorio con leucos de 12,000 resto sin alteraciones. Se toman placas de rx de tórax y lateral izquierdo donde se observa elevación del hemidiafragma izquierdo con relación al derecho, no hay datos sugestivos de desplazamiento mediastinal ni ocupación por víscera abdominal del hemitórax, en las placas de abdomen no se observa aire en colon transversal ni se observa cámara gástrica, sin embargo el paciente empieza a presentar dolor severo por lo que se ingresa a quirófano para LAPE encontrándose defecto de diafragma de 10 cm con compromiso de cámara gástrica la cual se encontraba distendida con cambios isquémicos, al igual que colon transversal y epiplón mayor, y dada la tracción tan importante de estos órganos hacia el bazo éste se encontraba traccionado y con cambios isquémicos, por lo que a su liberación los cambios isquémicos revierten y se descomprimió la cámara gástrica, se procede al cierre del defecto diafragmático en 2 planos con surgete anclado y punto invagina 2, previa colocación de sonda endopleural. El paciente se dio de alta 2 días después sin ninguna complicación que hasta la fecha se da seguimiento. **Conclusiones:** En todas las series reportadas la hernia diafragmática ocurren comúnmente del lado izquierdo con predominio del sexo masculino sobre el femenino. Aunque la lesión del diafragma puede ser seguida por inmediata herniación del contenido abdominal a través del defecto, se acepta que ésta puede presentarse de manera retardada con largos periodos de latencia antes de que se presenten los síntomas y que puede ser desencadenada por algún esfuerzo

11

EVENTRACIÓN DIAFRAGMÁTICA: REPORTE DE UN CASO

Salomón Serrano Ortiz, Fuentes FF, Ledezma V, García BL, Ávila J, Reyes A. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional de Zapopan «Valentín Gómez Farías». ISSSTE, Centro Médico Mixquiahuala, Hidalgo

Introducción: El diafragma es el segundo músculo estriado más funcional del organismo, superado sólo por el corazón. El espectro de afecciones diafragmáticas es reducido, infrecuente y queda limitado fundamentalmente a las hernias y eventración diafragmática (ED) traumáticas o no, unilaterales o bilaterales. La ED es una condición patológica en la cual el diafragma está inmóvil, elevado y no participa en la actividad respiratoria. Chin y Lynn en 1959 describen la parálisis diafragmática adquirida y la verdadera ED. Esta condición puede ser congénita o adquirida en forma secundaria a la parálisis del nervio frénico. Se estima su incidencia en adultos de 1:10,000. La ED congénita se presenta por definición al nacimiento; la ED congénita se diferencia de la hernia diafragmática en que el diafragma está intacto y no hay ninguna comunicación entre las cavidades torácica y abdominal. La ED adquirida puede ser producto de traumatismo del parto, infecciones, inflamación local del nervio frénico, tumor maligno, lesión quirúrgica, trauma torácico o abdominal. En pacientes con parálisis adquirida del nervio frénico el diafragma es inicialmente normal, con el tiempo se desarrolla atrofia, el diafragma se adelgaza y se eleva hacia el hemitórax, se acompaña de síntomas respiratorios y gastrointestinales. **Reporte del caso:** Masculino de 66 años; presenta dolor moderado en pecho, de 5 años de evolución, no incapacitante, disnea de medianos esfuerzos; dolor ardoroso en epigastrio, sensación de vacío y distensión abdominal. Refiere antecedente de diversas caídas de árboles, trauma cerrado de tórax por accidente automovilístico hace 20 años, caída de su propia altura hace 2 años, sin pérdida de conocimiento. Se realiza endoscopia. Estómago retencionista, compresión extrínseca de curvatura mayor del estómago, gastritis crónica (Biopsia + *H. pylori*) con manejo médico. AHF: Carga genética para DM2; APNP: Niega toxicomanías y alergias. APP: Niega cronicodegenerativas, apendicectomía a los 25 años, hemorroidectomía hace 7 años. Rx Tórax: Importante elevación de hemidiafragma izquierdo hasta 3er EIC. TAC toracoabdominal: Presencia de contenido intestinal (Estómago, colon y mesenterio) a nivel de hemidiafragma izquierdo, en relación a eventración diafragmática izquierda. SEG: Cúpula diafragmática por encima de su sitio habitual, en relación de parálisis diafragmática, reflujo gastroeso-

fágico en 1/3 inferior, acodamiento de cardias, gastroduodenitis. Fluoroscopia: inmovilidad de hemidiafragma izquierdo elevado. LABS: Leucos 4,000, Hb 15.8, Hto 48.8%, PlaQ 298,000, TP11.9, TPT 27.2, Gluc 126, Úrea 30, Cr0.7, Na 148, K5. Riesgo quirúrgico ASA1, Goldman II. Se realiza intervención quirúrgica programada, realizándose toracotomía en 5 EIC, con hallazgo de diafragma, elevado, flácido, adelgazado, con vísceras en su cara abdominal, se reducen y se realiza plicatura diafragmática prolene 1, puntos en Laembert continuos, colocación de malla Dual-Mesh, fijando con 8 puntos de prolene del 1 a diafragma, colocando tubo de pleurostomía 34 Fr, cierre por planos. Cursando en el postoperatorio (PO) evolución satisfactoria, manejado con analgésicos, antibióticos, sello de agua y O₂ PPN, inicia dieta el 1er día PO, se retira tubo de pleurostomía al 4to día PO, previo control radiográfico que muestra contenido de vísceras por debajo de hemidiafragma izquierdo 5to EIC, atelectasia ipsilateral que responde a movilización y fisioterapia pulmonar. Egresada al 6to día PO. Se cita a consulta externa al mes y 3 meses, con control radiográfico adecuado, refiriendo paciente mejoría de sintomatología respiratoria, caminando 6 km diarios. **Conclusiones:** El manejo quirúrgico en estos pacientes, está indicado cuando la sintomatología es importante, como disnea de medianos a pequeños esfuerzos, ortopnea, dispepsia que modifica calidad de vida del paciente. El uso de malla con plicatura diafragmática es seguro y confiable disminuyendo de manera significativa la sintomatología en los pacientes con eventración diafragmática. Es de gran interés el manejo y resolución de esta patología para el cirujano general.

12

HERNIA DE MORGAGNI EN UN PACIENTE ADULTO DEL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA «DR. JUAN I. MENCHACA». REPORTE DE UN CASO»

Gerardo Tovar Rubio, Bautista CL, Briceño FA, Maldonado J, Toscano IX, Castillo EC. Servicio de Cirugía General. Hospital Civil de Guadalajara «Dr. Juan I. Menchaca», SSA, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Las hernias diafragmáticas no traumáticas son: la hernia de Morgagni que es un defecto del diafragma retro esternal, que permite el paso de vísceras abdominales hacia el tórax, y la hernia de Bochdalek, siendo ésta del lado izquierdo del diafragma. Las vísceras comúnmente involucradas son: estómago, bazo, colon y lóbulo hepático izquierdo. La confirmación de la hernia es la indicación quirúrgica para su reparación. La hernia de Bochdalek representa el 90% de los casos, se produce en 1 de cada 2,200 a 5,000 nacidos vivos. La hernia de Morgagni representa el 2% de los casos y su incidencia dentro de la patología congénita diafragmática es del 2 a 16%; las manifestaciones clínicas pueden ser respiratorias o digestivas. Es un defecto congénito que produce síntomas ocasionalmente, principalmente cuando hay aumento de la presión intraabdominal. **Reporte del caso:** Femenina de 57 años, originaria y residente de Michoacán, casada y dedicada al hogar; con tos crónica y dolor torácico en región posterior, a lo que se agrega dolor abdominal, motivo por el cual acude a consulta hace 2 años. Con antecedentes de tabaquismo por más de 10 años, sin cirugías previas o traumatismo torácico de ningún tipo. En la valoración se toma PA del Tórax, encontrando imagen radiolúcida en cúpula diafragmática derecha, de 9 cm de diámetro, con cápsula de bordes nítidos, que respeta ángulo costodiafragmático derecho y no desplaza mediastino. En proyección lateral con misma imagen en región posterior de diafragma. Se realiza espirometría la cual muestra neumopatía obstructiva crónica y ultrasonografía sin presencia de patología abdominal. En base a lo anterior se concluye que paciente presenta neumopatía obstructiva crónica por parálisis diafragmática, la cual fue manejada con tratamiento médico. Continúa con evolución tórpida presentando periodos de agudización del cuadro respiratorio, manifestado por tos con expectoración, disnea y dolor abdominal. Por lo que acude a consulta a nuestro servicio, se realizan imágenes tomográficas y se encuentra defecto a nivel de cúpula diafragmática derecha que condiciona el desplazamiento de la cámara gástrica, así como diferentes porciones intestinales al interior de la cavidad torácica, desplazando el lóbulo inferior del pulmón derecho. Se sospecha hernia diafragmática y se solicita serie esófago-gastroduodenal, donde se aprecia compromiso de cámara gástrica y primera porción del duodeno. Se programa para cirugía con valoración neumológica, sin alteraciones en exámenes de laboratorio o gabinete. Se realiza cirugía encontrando lo siguiente: Defecto diafragmático retroesternal de aproximadamente 10 cm a través del cual protruye saco herniario y en su contenido se encuentran el fondo y cuerpo gástrico, asas de colon transversal y epiploón mayor. Bajo anestesia general, se realiza incisión tipo Chevron, con disección por planos hasta llegar a cavidad, se disecan ligamentos gastrohepático y gastrocólico, para apreciar la unión esofagogástrica, se reduce el contenido herniado y se diseca el saco sin dañar pleuras, se cierra defecto mediante puntos simples con seda 0, de pliegue anterior del anillo hacia el posterior y la fascia preaórtica hasta cerrar completamente el defecto; se cierran ligamentos previamente abiertos mediante sutura crómico 000, se coloca drenaje de Penrose y se cierra por planos. Evolución postquirúrgica con notable mejoría de la función respiratoria, radiografías del tórax con expansión completa del parénquima pulmonar, sin evidencia de neu-

motórax o alguna otra lesión. Un mes después la paciente se encuentra asintomática, sin alteraciones respiratorias o gastrointestinales y gozando de plena salud. **Conclusiones:** La hernia de Morgagni es una entidad patológica poco común y su incidencia es muy baja, por ello su detección oportuna es difícil. Sin embargo, un buen diagnóstico y el tratamiento quirúrgico proporcionan resultados excelentes.

13

HERNIA DE BOCHDALEK EN EL ADULTO

Justo Gonzalo Milán Revollo, Reyes EJ, Sánchez MI, Velázquez RJ, Borja HM. Servicio Cirugía General. HGZ Y MF 26 Sector: IMSS, México, D.F.

Introducción: La hernia de Bochdalek es un defecto congénito localizado en la región posterolateral del diafragma, del 80-90% de los casos se presenta en el lado izquierdo. El diagnóstico se establece por hallazgo incidental en estudios radiológicos de tórax o por complicaciones secundarias al paso de vísceras abdominales a través del orificio diafragmático. **Reporte del caso:** Masculino de 27 años de edad, asintomático, se realizó Rx de tórax para revisión médica laboral, encontrando imagen en burbuja en hemitórax izquierdo, por lo que es referido. Paciente sin antecedentes patológicos o traumáticos. EF: Cuello sin adenopatías, tórax con amplexión y amplexación conservada, pulmones con murmullo vesicular conservado, no se ausculta peristaltismo, no mate o hipersonoridad a la percusión, corazón con ruidos normo fonéticos, no ruidos sobreagregados, abdomen plano, blando, no doloroso a la palpación, peristaltismo normal, región inguinal sin adenopatías. Extremidades normotróficas. RX de tórax: Imagen circular radioopaca de 8 cm de diámetro con borde radio lúcido en hemitórax izquierdo que rechaza pulmón hacia la línea media. Serie esofagogastroduodenal: Presencia de fondo gástrico por encima de hemidiafragma izquierdo. TAC toracoabdominal: Presencia de defecto herniario de 8 cm de diámetro en región posterolateral izquierdo de diafragma conteniendo fondo gástrico. ECG: Normal con diagnóstico de hernia de Bochdalek se realizó laparoscopia con los siguientes hallazgos: Hernia en región posterolateral izquierda de diafragma con anillo herniario de 8 cm de diámetro, con fondo gástrico en cavidad pleural izquierda, fácilmente reducible, se realizó herniorrafia con puntos separados con polipropileno del 1. El paciente no tuvo ninguna complicación cardiopulmonar o abdominal en el trans, o postoperatorio. Rx de tórax de control normal. **Conclusiones:** El orificio de Bochdalek es un defecto congénito en el cierre del diafragma, esto condiciona el paso de vísceras abdominales al tórax desde el periodo prenatal por lo que el recién nacido presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda que requiere de tratamiento quirúrgico de urgencia. En el adulto la persistencia del orificio es muy rara, la presentación clínica puede ser: Hallazgo incidental en estudios radiológicos de tórax en paciente asintomático o en pacientes que presentan síntomas secundarios a encarcelación, estrangulación y/o ruptura visceral dentro de la cavidad torácica. Los órganos que pasan al tórax, en orden de frecuencia son: estómago, colon, bazo, intestino delgado. La mayoría de los casos en adultos se presentan como una emergencia quirúrgica por la estrangulación de un órgano abdominal, existen sin embargo, pacientes en quienes el órgano desciende a la cavidad abdominal, lo cual permite preparar al paciente para una cirugía electiva.

14

AGENESIA DIAFRAGMÁTICA. CASO INFRECUENTE DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA EN ADULTOS

Alejandro Gutiérrez Guzmán, Arreola RJJ, García BM. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Durango, SSA, Durango, Dgo.

Introducción: El diafragma es el principal músculo de la respiración y el segundo músculo más importante en el cuerpo humano después del corazón. Las hernias de Bochdalek representan la mayoría de hernias congénitas del diafragma. Los defectos mayores en las hernias de Bochdalek son defectos posterolaterales del diafragma que son el resultado del fracaso en el desarrollo del pliegue pleuroperitoneal o ausencia o migración de la musculatura diafragmática. Los pacientes con las hernias congénitas del diafragma generalmente se presentan en el periodo neonatal y tienen una proporción de mortalidad de 45-50%. **Reporte del caso:** Femenina de 50 años con antecedente de tos crónica diagnosticada como asma bronquial sin pruebas de espirometría. Así mismo con cuadro de pirosis, dolor en epigastrio, diagnosticada como hernia hiatal y enfermedad ácido péptica. Se realizan estudios apreciando asas intestinales en Rx simple de tórax. Así mismo se corrobora con TAC encontrando en ventana pulmonar la presencia de asas intestinales. Programada para la realización de cirugía secundaria a una probable hernia diafragmática, pasa a quirófano realizando toracotomía derecha donde se identifica gran saco herniario de peritoneo ausencia total de diafragma derecho. Se decide colocar sonda endopleural y cierre de toracotomía. Se maneja en forma conjunta con cirugía plástica quien decide 12 días posterior a primera cirugía la rotación de un colgajo tomado de músculo dorsal ancho. Se realiza dicha cirugía obteniendo músculo dorsal ancho y transplántandolo a la parte anterior del tórax

respetando su pedículo de fijación a nivel de la arteria subescapular. Se fija músculo a parte posterior de tórax con súrgete continuo con prolene 1-0. Cara lateral interna se dan 3 puntos súrgete continuo a músculo dorsal ancho y pericardio. Cara anterior se dan puntos súrgete continua en U de intercostales a músculo dorsal ancho. Separando así tórax de abdomen. Egresada del servicio 18 días posterior a su cirugía por presentar mejoría clínica, radiográfica y tomográfica. **Conclusiones:** La agenesia del diafragma es una causa infrecuente de hernia diafragmática en el adulto se deberá sospechar de esta patología ante la presencia de signos y síntomas clínicos y radiográficos de hernia diafragmática sin antecedentes de trauma de tórax antiguo o reciente. Su resolución es quirúrgica.

15

HERNIA DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A TRAUMA TORACOABDOMINAL, AÚN UN RETO PARA EL DEPARTAMENTO DE URGENCIA

Erik Ramírez Ruiz. Servicio de Cirugía General. Hospital «General Rubén Leñero», SSA, México, D.F.

Introducción: Las lesiones de diafragma son raras, ocurren en 1-2% de los pacientes politraumatizados, correspondiendo del 10-20% cuando la etiología del trauma toracoabdominal es penetrante y 5% cuando el mecanismo del trauma es cerrado. Una lesión al diafragma es asociada con un traumatismo severo, pero el diagnóstico de esta entidad es sumamente difícil, sobre todo cuando no existe un alto índice de sospecha. **Reporte del caso:** Masculino 20 años que inicia su PA hace 5 días posterior a caer de la motocicleta contundiendo en forma directa la región toracoabdominal anterior, se encuentra bajo efectos de intoxicación etílica, atendidos en el Servicio de Urgencias de esta unidad por herida contusa en cráneo, suturado y egresado al no presentar sintomatología o signología de trauma en otra región corporal, posteriormente inicia con dolor en epigastrio de gran intensidad, así como dificultad para respirar, por lo que acude nuevamente a 3er día. A su ingreso con posición en gatillo, fascies de dolor y angustia, cardiopulmonar con hipoventilación en hemitórax izquierdo, ausencia ruidos ventilatorios, hiperresonancia, abdomen rígido, doloroso en epigastrio e hipocondrio izquierdo, peristalsis disminuida de intensidad, sin datos de irritación peritoneal. Tórax y abdomen sin equimosis, dermoabrasiones o lesiones dérmicas. Leucocitos 4.17; neutrófilos 86%; Hb 13 g/dl; Hto 36%; plaquetas 193 mil; TP 13"; INR I.O.; TPT 23". Tele de tórax con hemidiafragma izquierdo en 4º EIC, con nivel hidroaéreo inferior e imagen sugestiva de asas intestinales. Se somete a laparotomía exploradora encontrando hernia diafragmática izquierda, contenido de fundus y cuerpo gástrico, bazo, colon, e intestino delgado, sin hemorragia macroscópica. Se reduce y se repara el defecto con puntos en U de prolene del 1. Se coloca pleurostomía conectada a sello de agua en hemitórax izquierdo. Paciente que evoluciona de forma satisfactoria con gastos mínimos por la sonda endopleural, por lo que se retira al 3er día, y es egresado. **Conclusiones:** El diagnóstico temprano es extremadamente importante, ya que los casos que son detectados tardíamente son asociados con un alto índice de morbilidad y mortalidad debido a hernias y estrangulación de vísceras, con una frecuencia del 15 al 30%; pero es claro que una exploración física exhaustiva además de la solicitud e interpretación adecuada de los estudios de gabinete llevarán a un diagnóstico temprano; sin pasar por alto que la cinemática del trauma es la base del mismo, como en este caso que al no presentar lesiones dérmicas no se sospechó de lesión toracoabdominal.

16

HERNIA DIAFRAGMÁTICA ASINTOMÁTICA EN UN PACIENTE CON FUNDUPLICATURA

Juan Manuel Ahumada Trujillo, Dorantes MJ, Rodríguez GA, Magadan SJH. Servicio de Cirugía General. Hospital Carlos Calero, ISSSTE, Cuernavaca, Morelos

Introducción: La hernia diafragmática se define como un defecto de tamaño variable en el diafragma que permite que una parte del contenido del abdomen ascienda a la cavidad tórácica comprimiendo los pulmones en mayor o menor grado. Se clasifican en congénitas (presentes en el nacimiento) y adquiridas. Estas últimas son muy raras y de ellas casi el 90% son secundarias a traumatismos (accidentes de tráfico). **Reporte del caso:** Femenino de 24 años con antecedente de funduplicatura laparoscópica 4 años atrás, con evolución satisfactoria y reflujo gastroesofágico resuelto. Acude a urgencias por presentar tos y fiebre de dos días de evolución, al realizar tele de tórax se observan asas intestinales en hemitórax izquierdo. La paciente niega disnea a la reinterrogación. Se le realiza reducción del contenido torácico hacia el abdomen regresando desde colon ascendente, todo el intestino delgado y estómago, cerrando defecto herniario del hiato con prolene del 1, se coloca sello de agua en hemitórax izquierdo. Se da manejo médico de apoyo en la terapia intermedia. Evoluciona bien hasta se dada de alta por mejoría con controles radiográficos a los 5 días. **Conclusiones:** La cirugía laparoscópica también es una buena alternativa para las complicaciones de la funduplicatura, sin embargo tiene sus riesgos en manos inexpertas.

17

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE BOCHDALEK

Marcel Adalid Tapia Vega, Cárdenas LE. Servicio de Cirugía General. Hospital «Manuel Gea González», SSA, México, D.F.

Introducción: La hernia de Bochdalek es un defecto congénito que se origina entre la octava y la décima semana de la vida fetal, se produce por falta del cierre del espacio pleuroperitoneal durante el desarrollo del diafragma. Generalmente se manifiesta en las primeras horas del nacimiento; por su asociación con hipoplasia pulmonar, la morbilidad y la mortalidad son muy altas. Se presenta en 1 de cada 5,000 nacimientos. **Reporte del caso:** Masculino de 18 años de edad con cuadro de 36 horas de evolución caracterizado por presentar dolor de tipo punzante a nivel de hemitórax izquierdo, intensidad 10/10, intermitente, irradiado hacia región dorsal ipsilateral acompañado de náuseas y vómitos en varias ocasiones de contenido gastrobiliar, incapacidad para evacuar. Dicho cuadro se inició posterior a la ingesta de bebidas alcohólicas. Antecedentes de importancia: varios episodios de disnea sin causa aparente; laparotomía exploradora en septiembre de 2006 por herida por arma blanca en fosa iliaca izquierda. Examen físico: TA 100/60 FC 120 FR 25 T 37 °C. Paciente en mal estado general, orientado en las 3 esferas, facies algica, mucosas semihidratadas. Tórax: Expansión disminuida de hemitórax izquierdo. Ruidos cardíacos taquicárdicos de buena intensidad. A la auscultación de pulmones murmullo vesicular disminuido a nivel de base pulmonar izquierda. Abdomen: Cicatriz de herida quirúrgica; cicatriz de 3 cm a nivel de fosa iliaca izquierda. A la palpación blando depresible ligeramente doloroso a la palpación profunda a nivel de epigastrio sin datos de irritación peritoneal. Peristalsis presente. Extremidades: Sin alteraciones. Placa de Tórax: Elevación del hemidiafragma izquierdo, hasta el borde cardíaco izquierdo, produciendo el signo de la silueta cardíaca, disminución en el volumen del pulmón izquierdo, mínimo desplazamiento del mediastino a la derecha, aumento de volumen del pulmón derecho de forma compensatoria. Burbuja gástrica prominente con nivel hidroaéreo. Tomografía axial computarizada toracoabdominal: solución de continuidad del hemidiafragma izquierdo, con protrusión del cuerpo y fondo del estómago hasta el nivel cardíaco, en el tórax con nivel hidroaéreo en su interior, atelectasia pasiva del lóbulo inferior y segmento lingual del pulmón izquierdo. Incremento en la densidad de la grasa peri gástrica en la cavidad abdominal y dilatación esofágica. Con diagnóstico de hernia diafragmática se realiza laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos: Defecto de 10 cm en hemidiafragma izquierdo por el cual protruía estómago en su totalidad, parte del lóbulo izquierdo de hígado. Estómago necrosado en su totalidad, múltiples adherencias en cavidad abdominal, hemoperitoneo de 200 cc. Por los hallazgos se realizó gastrectomía total, plastia diafragmática, esofagoyeyunoanastomosis término-terminal, yeyunoyeyunoanastomosis latero terminal, yeyunostomía, colocación de sonda endopleural. Paciente evolucionó de forma satisfactoria en el postoperatorio, egresando del hospital al décimo octavo día con seguimiento por consulta externa. **Conclusiones:** La hernia de Bochdalek es una patología excepcional en el adulto. La falta de cierre del espacio pleuroparietal se puede producir: por desarrollo incompleto del diafragma antes de que el intestino regrese al abdomen desde el saco de Yolk en la octava y décima semana. En adultos las hernias de Bochdalek son raras, se presentan en menos del 10% de todos los casos. Los defectos de la pared del tórax más frecuente son, asimetría del tórax, *pectus excavatum* y escoliosis. La hernia diafragmática congénita es de fácil reparación quirúrgica; el acceso puede hacerse por laparotomía, toracotomía o combinado, dependiendo de la presencia o no de encarcelación o estrangulación y de cuáles sean las vísceras abdominales o tórácicas comprometidas. La tendencia actual es utilizar las técnicas de cirugía invasión mínima como laparoscopia y especialmente toracoscopia, las cuales son muy satisfactorias en el adulto.

18

HERNIA DE MORGAGNI. REPORTE DE UN CASO

Bernardo Antonio Salgado Díaz. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Zacatecas, SSA, Guadalupe, Zacatecas

Introducción: Nota de referencia HG Jerez. (18/03/07) Fem. 14 años de edad con Dx de PCI + DNT + oclusión intestinal + sepsis + y trombosis. Inicio el 15/03/07 estreñimiento y vómitos, no remite con enemas y tacto rectal. USG abd. datos de oclusión e isquemia intestinal exploración física. Se recibe paciente inquieta, con secuelas de PCI, palidez de piel y tegumentos, deshidratada, aspecto séptico, eutérmica, taquicárdica (164x'), polipneica (43x'), TA 90/40, SNG c/gasto pozos de café, RsCs rítmicos, CsPs ventilados, sin exudativos, no broncoespasmo. Lab: BH: Leuc: 22.04, Neut: 87.51%, Erit: 3.5, HB 10.96, Hto 32.2. Pla: 338 mil, Bandas 4%. TP 15.5s, TTP: 23.7s, INR 1.39. QS: Glucosa 149 mg/dl, creatinina 0.9 mg/dl, úrea 44 mg/dl, calcio: 9, magnesio 2.3, potasio y sodio sin reporte. **Reporte del caso:** Nota postoperatoria (1) Dx preqx. y postqx: Oclusión intestinal cirugía proyectada: LAPE, cirugía realizada: LAPE + apendicectomía. Hallazgos: Asas intestinales pálidas, perforación de mesenterio a 10 cm

de la válvula ileocecal, recuperan coloración a la manipulación, al parecer torsión de íleon terminal. Postoperatorio del 19/03/07 al 28/04/07 signos vitales estables, evolución tórpida, c/abundante gasto por SNG de material gastrointestinal, paciente quejumbrosa, mal hidratada, se retira SNG sin tolerar (2do día postqx) por distensión abdominal y vómito, se intentó iniciar vía oral líquida sin tolerar. Evolución del 28/03/07, paciente continúa quejumbrosa, sin tolerar la vía oral, vómitos postprandiales, no evacua ni canaliza gases desde hace 5 días y con nueva radiografía de control, se somete a nueva intervención quirúrgica por parte de cirugía pediátrica con diagnóstico de Pbe obstrucción pilórica. Rx: distensión gástrica severa, ver imagen 2. Nota postoperatoria (2) Dx preqx: Oclusión intestinal, pbe. obstrucción pilórica. Dx Postqx: Hernia de Morgagni anterior, malrotación intestinal. Post-quirúrgica de LAPE y colocación de sonda de pleurostomía derecha cirugía proyectada: LAPE + Píloroplastia cirugía realizada: LAPE + Plastia diafragmática + Liberación de Bandas de Ladd + Colocación de sonda de pleurostomía derecha Hallazgos: Hernia diafragmática anterior de Morgagni, malrotación intestinal, presencia de bandas de Ladd. Evolución postquirúrgica. La paciente evoluciona satisfactoriamente, canaliza gases a los 2 días postqx, a los 5 días postqx se retira la sonda de pleurostomía sin eventualidades, a los 6 días postqx inicia la vía oral líquida, posteriormente blanda, evacua al 6to día postqx y se egresa el día 05/04/07 tras 18 días de EIH y 2 eventos quirúrgicos. **Conclusiones:** Evolución postquirúrgica. La paciente evoluciona satisfactoriamente, canaliza gases a los 2 días postqx, a los 5 días postqx se retira la sonda de pleurostomía sin eventualidades, a los 6 días postqx inicia la vía oral líquida, posteriormente blanda, evacua al 6to día postqx y se egresa el día 05/04/07 tras 18 días de EIH y 2 eventos quirúrgicos hernia de Morgagni Descrita por 1ª vez por Giovanni Batista Morgagni (anatomista y patólogo). Relacionada al mal desarrollo del septum transversum y una falla en la fusión del esternón con los elementos costales fibrotendinosos del diafragma. Incidencia 2-4% de las hernias diafragmáticas (es más frecuente la H. Bochdaleck). Más frecuente lado derecho y con mejor pronóstico con edad promedio de diagnóstico a los 45 años Generalmente asintomáticas y detectadas como hallazgos trans-operatorios o radiográficos. Usualmente el contenido es epiploon, colon transversum, menos común estómago, hígado e intestino delgado.

19

ABSCESO OMENTAL SECUNDARIO A TRASLOCACIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DURANTE EL EMBARAZO COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS: REPORTE DE UN CASO

Rubén Alejandro Meza Díaz, Álvarez MOA, Aburto FMC, Lerma AR, López AE, Castellanos HJ, Arteaga TR. Servicio de Cirugía. Hospital General Querétaro, SSA, Querétaro, Querétaro

Introducción: La apendicitis durante el embarazo es uno de los padecimientos más frecuentes que causan dolor abdominal no obstétrico con un promedio de 1:550 embarazos. La traslocación del dispositivo intrauterino (DIU) se presenta en un promedio de 1.2 x 1,000 inserciones. La perforación puede ocurrir en el momento del procedimiento o en cualquier momento posterior a ello. Se han propuesto algunas clasificaciones para la perforación uterina provocada por el dispositivo según el sitio anatómico en el que se sitúe. El DIU que se encuentra en el endometrio de la cavidad uterina se clasifica como grado 1; si se aloja en el miometrio es grado 2; si pasa a la cavidad peritoneal es grado 3 y grado 4 si afecta a otros órganos. El 85% de las perforaciones no afectan a otros órganos y el restante 15% provoca complicaciones en las vísceras adyacentes, sobre todo en el intestino. El sitio de alojamiento más frecuente es el fondo de saco de Douglas y el omento mayor. Las consecuencias de las perforaciones más frecuentes son: dolor abdominal, sangrado transvaginal excesivo, perforación a órganos adyacentes, infección o permanecer asintomática durante meses o años. En cuanto a la infección; la formación de abscesos ocurre en el 16-20% de los pacientes con DIU traslocado y según el sitio de establecimiento puede simular cualquier padecimiento intraabdominal que cause irritación peritoneal; entre ellos la apendicitis. **Reporte del caso:** Femenino de 26 años de edad con antecedente de colocación de DIU 2 años atrás posterior a un aborto. Al momento de admisión la paciente cursaba la semana 18 de gestación. Inicio con cuadro de apendicitis de 36 h de evolución laboratorios Hemoglobina 8.27, leucocitos 12,600 neutrófilos 89.4%. Se efectuó procedimiento a cielo abierto encontrando absceso omental conteniendo DIU y 30 CC de material purulento. Se efectuó omentectomía parcial y apendicetomía incidental. La paciente curso con postoperatorio sin complicaciones y se egresó 2 días después del procedimiento. El embarazo concluyó de término resolviéndose vía cesárea. **Conclusiones:** Los antecedentes ginecoobstétricos son de vital importancia cuando se evalúa en forma integral a una paciente embarazada con abdomen agudo. El antecedente de colocación de DIU aunado a embarazo debe fincar la sospecha de traslocación de DIU. La ausencia de las guías del DIU en el tacto vaginal deberá alertar al cirujano sobre la posible traslocación del DIU como causa de irritación peritoneal.

20

TORSIÓN SEGMENTARIA EPIPLÓN MAYOR. UNA CAUSA RARA DE ABDOMEN AGUDO

Álvaro José Montiel Jarquín, López CA, Abascal AA, Pérez CHG, García CM, Romero OT, Árcega DA. Servicio de Cirugía General. HGZ 15, IMSS, Puebla, Puebla

Introducción: La torsión segmentaria de epiploon mayor es una patología muy rara, ocasiona abdomen agudo, su cuadro clínico es similar al de la apendicitis aguda. Puede ser primaria y secundaria, la mayor parte de las veces se llega al diagnóstico durante la cirugía. **Objetivo:** Describir las características clínicas, el tratamiento y evolución de los pacientes con abdomen agudo por torsión segmentaria de epiploon mayor. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo: serie de casos. Se identificaron pacientes con abdomen agudo por torsión segmentaria de epiploon mayor que se presentaron entre 1998 y 2002. Variables analizadas: edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), cuadro clínico, evolución, laboratorio, radiología y tratamiento. Se empleó estadística descriptiva. **Resultados:** Seis pacientes, 4 (66.6%) mujeres y 2 (33.3%) hombres, mediana de edad 32.5 (20 a 58) años; IMC > 25.0 en 5 (83.3%); evolución promedio 6.16, DE 3.48 días. Todos presentaron dolor abdominal, 4 (66.6%) distensión abdominal, 3 (50%) dificultad para deambular, 3 (50%) mal estado general, 5 (83.3%) leucocitosis leve, 3 (50%) antecedentes quirúrgicos previos. En todos los casos el diagnóstico fue por laparotomía, el manejo fue la resección del segmento afectado y ninguno presentó complicaciones. **Conclusiones:** La torsión segmentaria del epiploon mayor es una causa muy rara de abdomen agudo, el dolor es el síntoma más frecuente, semeja apendicitis aguda, es un hallazgo durante la cirugía y el tratamiento es la remoción del segmento afectado.

21

TORSIÓN DE EPIPLÓN COMO ABDOMEN AGUDO. REPORTE DE UN CASO

Nancy Nava Santacruz, Moya GS, Zavala SR, Alfaro SO, Trujillo HD, Torres AF, Barrera HS. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional ISSSTE Monterrey, Tlaxcala, Tlaxcala

Introducción: La torsión del epiploon fue descrita por primera vez por Eitel en 1899 y es una entidad rara y se define como el retorcimiento axial del epiploon a lo largo de su eje longitudinal, con la isquemia consiguiente. La torsión puede clasificarse en casos primarios y secundarios. La torsión primaria ocurre con más frecuencia en los varones que en las mujeres, con una relación de 3:2 entre los 30 y los 50 años. Debido al gran peso y soltura, la porción derecha del epiploon con frecuencia es la más involucrada. Sin predilección alguna de sexo ni edad, el infarto primario del epiploon es raro, la etiología es desconocida. El epiploon afectado muestra congestión, trombosis y hemorragia. Si no recibe tratamiento, la masa de tejido necrótico puede infectarse o, en forma eventual convertirse en fuente de adherencias y cicatrizaciones. En general el paciente se queja de dolor abdominal de moderado a severo, de inicio agudo, que se localiza en fosa iliaca derecha. Además, puede tener náuseas y vómitos, fiebre y leucocitosis moderada. El examen físico revela defensa y sensibilidad. Por lo tanto puede diagnosticarse erróneamente una apendicitis. El tratamiento es la completa escisión del epiploon involucrado. **Reporte del caso:** Se trata de masculino de 24 años, casado, religión adventista, maestro como único antecedente patológico de importancia alérgico a penicilina, ASA, gentamicina, naproxen y diclofenaco. Presenta cuadro de dolor abdominal e 3 días de evolución de tipo cólico inicialmente localizado a hipocondrio derecho, acompañado de náusea y fiebre, recibe tratamiento ambulatorio a base de analgésico, antibiótico y antiespasmódico sólo con discreta mejoría, persiste febril por lo que acude a nuestro servicio. A la EF con signos vitales Temp 37.5, TA 120/80 mmHg, FC 90x', R 18 x', quejumbroso, con facies de dolor, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen con dolor a la palpación superficial en ambas fosas ilíacas, sin distensión con resistencia muscular con predominio del lado derecho, rebote positivo y peristalsis disminuida en frecuencia. Los laboratorios muestran leucocitosis leve 12.4, neutrofilia del 70.5%, la química sanguínea, los electrolitos las pruebas de coagulación y el general de orina se encuentra sin alteraciones. La Rx de abdomen sin datos relevantes. Se integra diagnóstico presuntivo de abdomen agudo Pb apendicitis y se programa para cirugía. Durante el procedimiento se encuentra líquido libre sanguinolento, el apéndice cecal se encuentra normal, se observa epiploon isquémico y con pequeñas áreas de trombosis, así como torsión del mismo desde su pedículo; se realiza omentectomía parcial y apendicetomía incidental. Presentando buena evolución en el postquirúrgico y dado de alta por mejoría. Patología reporta epiploon con áreas de congestión y fibrosis. **Conclusiones:** La torsión de epiploon es una patología que debe tenerse en consideración al integrar un diagnóstico preoperatorio de apendicitis en el que durante el acto quirúrgico el apéndice se encuentra sano y se ha descartado patología ginecológica.

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO (PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO) DE EPIPLÓN COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTES-TINAL

David Valadez Caballero, Jalife MA, Gil GF. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México, SSA, México, D.F.

Introducción: El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) o pseudotumor inflamatorio es considerado como una tumoración benigna capaz de expandirse, son lesiones inflamatorias pseudosarcomatosas, de incidencia baja, que se presentan principalmente en tejidos blandos y vísceras de niños y adultos jóvenes, con localizaciones bien reconocidas principalmente en pulmón, aun puede encontrarse en múltiples sitios, como retroperitoneo, estómago, mesenterio, intestino delgado, páncreas, hígado, bazo, riñón, vejiga urinaria, tiroides, nódulos linfáticos, mama e incluso localización intracraneana. Múltiples denominaciones han sido aplicadas a este tipo de tumoraciones pseudotumor inflamatorio, xantoma fibroso, pseudosarcoma de células plasmáticas, hamartoma linfoide, hamartoma mixoide, proliferación miofibroblástica inflamatoria, miofibroblastoma benigno y fibrosarcoma inflamatorio. La múltiple nomenclatura para estas lesiones ha sido confusa para los investigadores, teniendo como consecuencia la disminución en la incidencia de casos reportados. La etiología exacta de estos tumores es incierta. Basándose en la presentación clínica y el comportamiento biológico, ha sido generalmente denominada como una condición inflamatoria-reactiva benigna. Sin embargo, en algunos casos, debido a estas lesiones, son comúnmente confundidas con tumores neoplásicos de tipo sarcoma, de ahí el nombre de pseudotumor. El diagnóstico histopatológico del TMI es frecuentemente difícil, y su importancia radica en que algunas lesiones pueden parecer histológicamente lesiones sarcomatosas, con la importancia clínica que conlleva el diagnóstico de estas neoplasias. **Reporte del caso:** Masculino de 19 años de edad, padecimiento de 2 semanas de evolución, dolor abdominal intermitente tipo cólico, de intensidad moderada, de predominio en mesogastrio, posterior a la ingesta de alimentos, 24 h previas a su ingreso, presenta agudización del cuadro, caracterizado por náusea, vómito postprandial, distensión abdominal, constipación, obstipación, dolor abdominal tipo cólico, intenso, generalizado, incapacitante, de intensidad progresiva. A la exploración física, paciente, deshidratado, fascies algica, palidez de tegumentos, abdomen globoso por presencia de distensión abdominal, peristalsis aumentada de intensidad y frecuencia en hemiabdomen derecho, hiperbaralgesia, dolor a la palpación generalizada y datos de irritación peritoneal. Leucocitos 14,000 neutrófilos 77%. Pruebas de laboratorio dentro de parámetros normales. Tomografía computada con tumoración mal delimitada a nivel de colon transverso. Se decide realizar laparotomía exploradora. Hallazgos tumoración dependiente de epiplón mayor con invasión a colon transverso. Se realiza resección de 10 cm de colon transverso + cierre en bolsa de Hartmann + colostomía de colon transverso. Reporte histopatológico de pseudotumor inflamatorio de epiplón, con bordes libres de lesión. **Conclusiones:** Un amplio rango de denominaciones han sido usadas para describir este tipo de lesiones, y la variabilidad en nombres refleja lo heterogéneo de este grupo de lesiones, aun que comparten características histológicas, como la presencia proliferación de miofibroblastos, células polimorfitas inflamatorias, principalmente células plasmáticas y fibroblastos. Otra controversia de este tipo de lesiones es su naturaleza reactiva-inflamatoria o neoplásica. Se cuenta con características patológicas que indican la no malignidad, como el infiltrado inflamatorio mixto y tejido granuloso. En contraste, algunas lesiones son localmente agresivas y muestran recurrencia, la cual ha sido demostrada hasta del 37% por algunos autores, y en algunos casos incluso demostrando la presencia de metástasis regionales, las cuales evidencian la presencia de anormalidades cromosómicas. Basados en estos datos, y en el comportamiento agresivo de algunos tumores, se considera que en algunos como verdaderas neoplasias, y el análisis de DNA se considera pieza angular para la identificación de estas lesiones.

QUISTE SIMPLE DE MESENTERIO A NIVEL DEL ÍLEON, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Jesús Margarito Castro. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, ISSSTE, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Los tumores de las hojas del mesenterio son muy raros, pueden ser sólidos y quísticos, siendo estos últimos dos veces más frecuentes. A la fecha se han reportado 820 casos en la literatura. Su presentación clínica es asintomática o con manifestaciones inespecíficas como distensión abdominal. Su localización más frecuente es intestino delgado en 70%, siendo en íleon el 50-60% de los casos. **Objetivo:** Presentar un caso clínico de esta patología tratado en nuestra institución y realizar una revisión de la literatura. **Material y métodos:** Presentación de caso clínico y revisión de la literatura. **Resultados:** Femenino de 43 años de edad la cual inicia hace 10 meses con distensión abdominal, dolor sordo ocasional y plenitud postprandial, a la cual se agrega astenia y adinamia. Es valorada por facultativo quien solicita ultrasonograma abdominal donde se reporta tumoración quística de 96 x 74 mm, con volumen aproximado de 372 ml, corroborado por tomogra-

fía. Se realiza laparotomía exploradora encontrando tumoración quística a expensas del mesenterio a nivel de íleon, con dimensiones de 10 x 9 x 8 cm, multiloculado, de contenido citrino el cual no involucra pared intestinal. Se realiza resección de la misma y se envía a estudio histopatológico el cual reporta quiste simple de mesenterio. La paciente presenta buena evolución postquirúrgica, se egresa y se realiza seguimiento por consulta externa. **Conclusiones:** Siendo raras las tumoraciones de mesenterio y frecuentemente asintomáticas, se debe tener sospecha diagnóstica de esta entidad. Una herramienta útil en estos casos son los estudios de imagen como el ultrasonido y la tomografía. Estas tumoraciones en su mayoría son benignas y pueden derivar de tejido linfático, vascular, nervioso, conectivo y de restos embrionarios. Se estima una incidencia de 1 caso en cada 100,000 ingresos hospitalarios y en 1 en cada 35,000 de ingresos pediátricos.

QUISTE DE MESENTERIO. REPORTE DE UN CASO

Hugo César Perea Lara, Sepúlveda GEM, Bastida SA, Parra PP, Reyes EJ. Servicio de Cirugía General. HGZ 47 Vicente Guerrero, IMSS, México, D.F.

Introducción: Los quistes de mesenterio representan menos de 1 de cada 100,000 ingresos hospitalarios, son de naturaleza y origen oscuros. Se clasifican según su patogenia en sólidos y quísticos; no hay predominio en cuanto a edad y sexo; la presentación clínica depende del tamaño, localización y movilidad, pudiendo traducirse en abdomen agudo, obstrucción mecánica o tumor abdominal. Aunque la degeneración maligna es rara, se presenta hasta en el 3% de los casos, aún después de su resección. **Reporte del caso:** Fem. de 34 años de edad sin antic. médico-quirúrgicos de interés con cuadro doloroso abdominal crónico caracterizado por dolor tipo cólico de predominio en hemiabdomen izq., distensión y meteorismo. A la IF se encuentra dolor abdominal a la palpación de flanco y fosa iliaca izquierdas, tumoración palpable, móvil y dolorosa. Se solicitan parámetros: laboratorio normales; USG abdominal con imagen anecoica de pared lisa y delgada que ocupa toda la pared abdominal, desde hueco pélvico hasta epigastrio; TC abdominal con masa quística de 157 x 114 mm dependiente de mesenterio. Se le interviene qx. y se encuentra quiste de mesenterio de aprox. 35 cm de diám. y pedículo de 12 cm, se reseca por completo. La paciente se encuentra en la actualidad asintomática con seguimiento ultrasonográfico. **Conclusiones:** Esta entidad es de difícil diagnóstico, ya que no existen síntomas o signos patognomónicos, siendo necesario exista un alto índice de sospecha ante el hallazgo de una masa móvil extrínseca del sistema gastrointestinal; el USG y TC son los métodos que han demostrado utilidad en este tipo de patología. El tratamiento de elección es la escisión o enucleación local y en ocasiones se requiere la resección intestinal de la porción adyacente al quiste, lo cual no fue necesario en este caso.

QUISTE MESENTÉRICO. REPORTE DE UN CASO

Rodolfo Arteaga Torres, Hernández GL, Lerma AR, López AE, Castellanos. Servicio de Cirugía. Hospital General de Querétaro, SSA, Celaya, Guanajuato

Introducción: Los quistes mesentéricos son tumores benignos abdominales poco frecuentes, de etiología indeterminada, ocurren a cualquier edad, con síntomas de abdomen agudo, obstrucción intestinal o de una tumoración abdominal. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 29 años de edad, sin antecedentes de importancia, con 10 meses de evolución, con aumento de volumen abdominal importante y en ocasiones dolor abdominal tipo cólico moderado, se ingresa a la unidad hospitalaria para estudios, con laboratoriales normales, se realiza ultrasonografía reportando imagen quística probablemente a expensas de ovario, se realiza TAC sin observar adecuadamente origen de la tumoración, se practica laparotomía abierta encontrando tumoración quística uniloculada a 90 cm del ligamento de treitz la cual desplazaba todas las estructuras abdominales, se reseca exitosamente sólo el quiste, histopatológicamente reportan quiste mesentérico sin malignidad, la paciente evoluciona favorablemente. **Conclusiones:** Los quistes mesentéricos son tumores de difícil diagnóstico que se encuentran de forma incidental o por patología abdominal aguda, por lo que es importante su diagnóstico y resección debido a las complicaciones inherentes a esta patología.

QUISTE DE MESENTERIO

Jorge Ávila Vázquez, Gómez LJ, Hernández CJ. Servicio de Cirugía. Hospital General Regional de León, Purísima del Rincón, Guanajuato

Introducción: Los quistes mesentéricos son formaciones intraabdominales con una incidencia próxima a 1/20,000 admisiones hospitalarias en el área quirúrgica infantil. Según su Purísima del Rincón, Guanajuato origen pueden ser linfático, mesotelial, entérico, urogenital, ovárico y no pancreá-

tico. Siendo más frecuentes los de origen mesotelial y linfático. Es importante diferenciarlos ya que por lo regular pueden cursar asintomáticos y en ocasiones debutan con sintomatología abdominal. Los de origen mesotelial suelen presentarse de forma más solapada. El tamaño del quiste y la edad de presentación influyen en la clínica. En la infancia suelen presentarse como un abdomen agudo simulando una apendicitis, en el adulto los síntomas son más vagos. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 11 años de edad la cual es referida por dolor abdominal de aproximadamente 5 días de evolución. Dolor de tipo cólico localizado en mesogastrio con irradiación a flanco derecho, acompañado de náuseas y vómito de contenido gástrico, febrícula, no sintomatología urinaria. A la exploración física con dolor a la palpación profunda en epigastrio y mesogastrio, signos apendiculares negativos, masa palpable blanda en mesogastrio, peristalsis disminuida. Se realiza estudios de laboratorio encontrando leucocitosis de 15.6×10^9 , neutrofilia 83.1%, resto de exámenes dentro de parámetros normales. Se realiza ultrasonido abdominal encontrando masa que desplaza colon ascendente hacia afuera así como duodeno hacia línea media. Se realiza tomografía abdominal en la cual se corrobora masa que ocupativa abdominal. Se realiza laparotomía encontrando tumoración quística multilobulada de aproximadamente 15×10 cm con paredes traslúcidas, contenido líquido claro, la cual ocupaba raíz de mesenterio desplazando asas delgadas. Se logra extirpar en su totalidad el tumor sin comprometer vascularidad mesentérica. Se envía a patología pieza (pendiente resultado). Paciente con buena evolución postquirúrgica. **Conclusiones:** El quiste de mesenterio aunque no es una patología muy frecuente requiere de especial atención y seguimiento ya que aunque muchas de las veces de acuerdo a su origen pueden ser asintomáticos hay casos en los que pueden ser agresivos y aparentemente invasivos lo que compromete estructuras adyacentes a realizar su disección. Con detección temprana y adecuado seguimiento el pronóstico es mejor.

27

QUISTE MESENTÉRICO: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

Antonio Torres Trejo, Sánchez MR, Mora FJR, Gutiérrez BG, Valdivieso CJA, Gaytán FOF, Sánchez MR. Servicio de Cirugía General. Hospital Central Norte, Petróleos Mexicanos, México, D.F.

Introducción: Los quistes del mesenterio son lesiones intraabdominales raras. Su incidencia reportada es de 1 en 250,000 ingresos, con 900 casos reportados desde 1507. Son lesiones quísticas de etiología incierta, entre las que se encuentran a la proliferación benigna de tejido linfático ectópico, traumatismo ocular, degeneración de nódulos de la linfa (linfangiomas), fracaso en la fusión de las hojas del mesenterio durante la vida embrionaria, obstrucción linfática que provoca la formación de grandes quistes intraperitoneales, entre muchas más. Se clasifican como congénitos, del desarrollo, traumáticos e inflamatorios. Un tercio de los quistes del mesenterio ocurren en varones menores de 15 años. Los quistes mesentéricos son más frecuentes que los quistes de epiplón (2 a 10 veces). Su localización es variable, sin embargo, el intestino delgado es el sitio en el que se encuentran mayormente. La mayoría son asintomáticos pero pueden manifestarse con dolor abdominal (63%), masa abdominal palpable, obstrucción intestinal, vólvulo intestinal e isquemia del intestino adyacente así como abdomen agudo. El diagnóstico generalmente es por exclusión, sin embargo, son de apoyo el cuadro clínico y los estudios de gabinete como la radiografía simple de abdomen en sus tres vistas, el ultrasonido abdominal y la tomografía axial computada. El tratamiento siempre es quirúrgico, abierto o laparoscópico. Su morbilidad es del 2% en casos de enucleación y hasta del 25% en caso de resección intestinal, con una mortalidad del 10 al 20%. **Reporte del caso:** Femenino de 1 año 8 meses de edad con los siguientes antecedentes de importancia: Producto de embarazo de 38 semanas de gestación por parto eutócico. Integrada a la dieta familiar. Esquema de vacunación completo. Ablactada a los 4 meses. Cursó con ictericia neonatal en manejo por UCIN con fototerapia. Antecedente de infección de vías respiratorias altas con manejo médico de 5 días previos a su ingreso. Inicia su padecimiento actual con dolor abdominal de 24 horas de evolución, distensión abdominal, sin evacuaciones, ni canalización de gases. Presenta fiebre y vómito de contenido gástrico en una ocasión. A su ingreso al Servicio de Urgencias se encuentra a la exploración física: Frecuencia cardíaca: 106 por minuto, temperatura: 37.5°C , tensión arterial: $110/70$ mmHg. Femenino reactiva, irritable, con adecuada coloración de piel y tegumentos, mucosas y tegumentos regularmente hidratadas, orofaringe hiperémica, campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos adecuados en frecuencia, intensidad, sin fenómenos agregados, abdomen blando, depresible, con resistencia muscular, rebote positivo, peristaltis disminuida. Extremidades íntegras. Exploración anal con materia fecal en ámpula rectal. Se realiza laparotomía exploradora con hallazgos de quiste de 150 cc, en mesenterio y borde mesentérico de yeyuno a 20 cm del asa fija y adenomegalias, con líquido purulento y natas de fibrina como contenido. Se realiza enucleación del mismo, sin resección intestinal. Evoluciona satisfactoriamente y se egresa del servicio. Laboratorios: Biometría hemática: Leucocitos: $17,200$ microl, neutrófilos: 68%, hemoglobina: 13.4 mg/dl, plaquetas: $346,000$ mm³. Química sanguínea y electrólitos séricos normales. Placa simple y lateral de abdomen con aumento de espacio interasa, y ausencia de aire en colon, el ultrasonido abdominal muestra imagen quística abdominal y líquido libre. Patología: Quiste simple con cambios inflamatorios crónicos, inespecíficos, moderados, fibrina e inflamación aguda e hiperplasia folicular de ganglio linfático. **Conclusiones:** Los quistes del mesenterio son una entidad poco frecuente, cuyo diagnóstico es por exclusión o de manera incidental en una laparotomía exploradora, y los cuales cuentan con un pronóstico favorable posterior a la enucleación quirúrgica, sin embargo, al manifestarse como abdomen agudo, al igual que en el caso previamente reportado, deben ser parte del diagnóstico diferencial, sobre todo en la población pediátrica, en donde se presentan con mayor frecuencia.

28

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Yair Muñoz Contreras, De la Peña MS, Martínez TP, Buenrostro PF, Lihona, Guerra MJ. Servicio de Cirugía. Hospital General Tacaba, ISSSTE, México, D.F.

Introducción: La enfermedad de Castleman (EC), también llamada hiperplasia nodular gigante, hiperplasia angiofolicular linfoide, es una entidad linfoproliferativa infrecuente, de causa desconocida y que ha sido asociada a riesgo de linfoma maligno. Fue descrita por primera vez en 1956 por Benjamín Castleman quien reportó una serie de casos de pacientes con nódulos linfáticos mediastinales hiperplásicos. Posteriormente fueron comunicados casos en otros territorios ganglionares y extraganglionares, se han reportado en ganglios mesentéricos, inguinales, retroperitoneales y región craneocervical. Existen 2 variantes histológicas: la hialinovascular (HV), que acontece en el 80-90% de los casos y que habitualmente es asintomática, caracterizada por la presencia de pequeños folículos hialinizados no necesariamente con proliferación de los folículos y con marcada proliferación vascular interfolicular; y la variante plasmocelular (PC), el 10% de los casos, que suele presentarse con afectación del estado general, anemia, hipergammaglobulinemia y hepatoesplenomegalia, histológicamente tiene más centros germinales hiperplásicos y capas de células plasmáticas en las regiones interfoliculares. Otro pequeño porcentaje tiene variedad mixta. Existen dos formas clínicas de presentación, la localizada (ECL) o clásica, y la forma multicéntrica (ECM). La ECL es más común que ECM, es autolimitante y de buen pronóstico. La forma multicéntrica aparece con más frecuencia en individuos inmunosuprimidos, tiene un comportamiento clínico agresivo, presentándose frecuentemente con manifestaciones sistémicas, es de mal pronóstico, conlleva una mortalidad reportada de 50% a dos años, se considera una condición premaligna habiéndose reportado transformación a linfoma no-Hodgkin y se ha asociado al desarrollo de sarcoma de Kaposi. **Reporte del caso:** Adolescente de 17 años, sin antecedentes de relevancia, acude al Servicio de Urgencias, por cuadro de 10 días de evolución caracterizado por dolor tipo cólico, localizado en cuadrante inferior derecho, sin irradiaciones, asociado a estado febril persistente hasta 39°C , náuseas, vómito de contenido gástrico, evacuaciones disminuidas en consistencia, medicado con antiespasmódicos, antipiréticos y antibióticos de amplio espectro, sin mejoría. A la exploración taquicárdica, febril, signos apendiculares positivos y plastrón en cuadrante inferior derecho de 3×4 cm leucocitosis discreta ($13,500$), resto en parámetros normales. Las placas simples de abdomen muestran signos radiológicos apendiculares. Se diagnóstica probable apendicitis aguda modificada por medicamentos y se solicita tiempo quirúrgico, encontrando nódulos ganglionares mesentéricos aumentados de $2-3$ y 1×2 cm, con infiltración a íleon terminal y ciego, se realiza resección ganglionar e intestinal, con íleo-transverso anastomosis término lateral. La evolución es satisfactoria y es egresado 7 días posterior al evento quirúrgico. Patología reporta: EC forma HV. **Conclusiones:** La EC es una entidad poco frecuente descritos sólo 86 casos en literatura, su etiología es desconocida, se cree que responde a una estimulación antigénica crónica de etiología viral o a una alteración en la regulación de los factores de crecimiento que conduce a una proliferación anómala de células plasmáticas. Se presenta en adultos jóvenes, más frecuente en mujeres y es excepcional en la edad pediátrica. La ECL, como en nuestro caso, es más común en la edad pediátrica. La resección de la lesión, es curativa, se asocia a un alto riesgo de sangrado, se ha introducido la arteriografía con embolización prequirúrgica para minimizar el riesgo de sangrado. El patrón HV es asintomático y tiene una evolución benigna a diferencia de su contraparte. Las localizaciones han sido variadas, por lo que su diagnóstico de primera instancia constituye un reto para el clínico. Reportándose en algunas series a nivel de mesenterio de colon transversal, pero no al nivel de nuestro paciente, lo cual dificulta aún más su diagnóstico certero.

29

SÍNDROME DE CHILADITI EN PACIENTE CON ABDOMEN AGUDO, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Alberto Olmedo Méndez. Servicio de Cirugía, Hospital General de Puebla, SSA, Huejotzingo, Puebla

Introducción: El síndrome de Chilaiditi se define como la interposición hepatodifragmática del intestino, ya sea delgado o grueso, descrito por primera vez en 1910, teniendo una incidencia del 0.3% en la población general. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 33 años de edad, el cual se presentó al servicio de urgencias por presentar náuseas, vómito, distensión abdominal y dolor abdominal. Durante su exploración física se encontró paciente con distensión abdominal importante, palpándose doloroso, con datos de irritación peritoneal, con percusión timpánica generalizada de predominio en cuadrante superior derecho, presentándose signo de Joubert, al tacto rectal el ámpula se encontraba vacía. Las radiografías de abdomen mostrando aire en el hipocondrio derecho y descenso hepático, que en la placa lateral de abdomen se apreciaba presencia de asa de intestino que condicionaba oclusión intestinal. Sus laboratorios con leucocitosis de 18,500 con neutrófilos de 75% y bandas de 5%. El paciente presentaba datos de oclusión intestinal y abdomen agudo, por lo que se le realizó laparotomía exploradora, teniendo como hallazgos: asa de intestino delgado interpuesta entre el hígado y el diafragma acodada que condicionaba oclusión intestinal, así como líquido de reacción inflamatoria en cavidad, se realizó liberación del asa de intestino delgado, acompañada de vaciamiento retrógrado del intestino, manejándose en el postoperatorio con sonda nasogástrica, antibiocioterapia, mostrando mejoría clínica al siguiente día iniciando con dieta por la vía oral, sin complicaciones y egresándose del servicio para manejo como externo. **Conclusiones:** El síndrome de Chilaiditi es una entidad rara, que se reserva para los casos en que se acompaña de síntomas clínicos, como dolor o distensión abdominal y debe tenerse en cuenta en los casos que se asocie a abdomen agudo, para proporcionar al paciente el tratamiento quirúrgico oportuno.

30

SÍNDROME DE CHILAITIDI, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Carlos C. Gutiérrez del Valle. Servicio de Cirugía General. Hospital ISSEMYM Satélite, México, D.F.

Introducción: El presente trabajo tiene como finalidad reportar el caso de paciente femenina de 64 años con diagnóstico de egreso de síndrome de Chilaiditi. El síndrome de Chilaiditi es la interposición de una parte del colon entre el hígado y el diafragma. **Reporte del caso:** Se reporta el caso de una paciente femenina de 64 años de edad, con antecedente de EPOC de larga evolución, niega otros antecedentes personales patológicos de importancia para el padecimiento actual, presenta cuadro de 24 h de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, distensión abdominal, pérdida de matidez hepática, sin datos de irritación peritoneal, resto de la exploración física sin datos que comentar. Se toman radiografías de tórax y abdomen demostrando la interposición de colon entre hígado y diafragma, se toma TAC toracoabdominal, para descartar hernia diafragmática, demostrando integridad del mismo, aplicando manejo conservador, presentando adecuada evolución y disminución de la sintomatología, motivo por el cual se decide su egreso, continuando con vigilancia continua, manteniéndose asintomática a la fecha. **Conclusiones:** El síndrome de Chilaiditi es un cuadro de muy escasa frecuencia y que responde generalmente de forma favorable a tratamientos conservadores. En estos casos, una radiografía simple de tórax o abdomen puede bastar para el reconocimiento de esta entidad, sin embargo se recomienda realizar adecuado diagnóstico diferencial, para un adecuado manejo.

31

MESOTELIOMA MALIGNO DE PERITONEO, UNA CAUSA RARA DE OCLUSIÓN INTESTINAL

Efraín Absalón Medina Villaseñor, Quezada-Adame I, Rosario CM, Jiménez BS, Aboites LJJ, Espinosa PA, Lozano MAI, Neyra OE, Alarcón VMA. Servicio de Cirugía Oncológica. Hospital Centro Oncológico Betania, Los Reyes, La Paz, Estado de México

Introducción: El mesotelioma maligno de peritoneo es raro, es una neoplasia maligna agresiva, con una incidencia de 1 caso por 1,000,000; aproximadamente 20% de todos los mesoteliomas son peritoneales, la mitad de los casos tienen historia de exposición al asbesto. El diagnóstico se retrasa o es confuso debido a que las manifestaciones clínicas son inespecíficas presentando dolor abdominal, distensión abdominal, plenitud postprandial, ascitis, pérdida de peso y puede ser negativo la exposición al asbesto. Reportamos el caso de mesotelioma maligno de peritoneo en una mujer de 55 años que se presenta con datos de oclusión intestinal, se analizan las recomendaciones actuales para el manejo quirúrgico y tratamiento adyuvante. **Reporte del caso:** Mujer 55 años presenta dolor abdominal súbito, acude a hospital de asistencia social donde realizan apendicectomía con hallazgos de carcinomatosis peritoneal, cursando el postoperatorio con

cuadro de oclusión intestinal, se egresa a domicilio a los 14 días del postoperatorio. Reingresa por datos de oclusión intestinal, inicia tratamiento médico, sin presentar mejoría, se agregan datos de desequilibrio hidroelectrolítico y peritonitis generalizada por lo que solicita alta voluntaria y acude a valoración en nuestro servicio, con datos francos clínicos y radiológicos de oclusión intestinal, ascitis a tensión. Se realiza laparotomía etapificadora a los 21 días del postoperatorio en hospital privado con hallazgos: Carcinomatosis peritoneal con implantes en peritoneo parietal y visceral en colon, íleon terminal, epiplón mayor, ligamentos gastrocólico y gastrohepático, estenosis extrínseca en ciego e íleon terminal, implantes peritoneales en mesocolon, tuba, cara anterior de cuerpo, fondo uterino. Ovarios normales, líquido de ascitis 12 litros, epiplón engrosado de aspecto «Omental Cake», actividad tumoral en ambas correderas y cúpula diafragmática. Se realiza cirugía de citorreducción óptima con hemicolectomía derecha ampliada, omentectomía supra e infracólica, histerectomía abdominal con salpingooforectomía bilateral, disección ganglionar retroperitoneal, lavado peritoneal, biopsias selectivas de correderas y cúpula diafragmática, anastomosis término-terminal ileo-transverso en dos planos. Se realizó máximo esfuerzo quirúrgico logrando citorreducción óptima con implantes peritoneales menores de 1 cm. La paciente evolucionó con desequilibrio hidroelectrolítico, con restablecimiento del tránsito intestinal y tolerancia a la vía oral al 5º día sin evidencia de complicaciones postoperatorias. Inicia quimioterapia adyuvante con platino, sin embargo a los 28 días de la reintervención presenta fístula intestinal a través de la cúpula vaginal, por lo que se suspende el tratamiento adyuvante. El reporte de patología adenocarcinoma poco diferenciado en epiplón, capas serosas, muscular de colon, líquido peritoneal, cúpula diafragmática, corredera parietocólica, sin determinar el sitio primario, por lo que se realiza inmunohistoquímica reportando *Mesotelioma maligno*. La paciente evolucionó con infección de la herida quirúrgica y posteriormente dehiscencia de la misma, recurrencia tumoral, fallece a los 3 meses del postoperatorio por actividad tumoral. **Conclusiones:** El mesotelioma de peritoneo es una neoplasia agresiva, con supervivencia menor de 1 año, normalmente se clasifican como carcinomatosis peritoneal o adenocarcinomas de primario desconocido. Los síntomas son inespecíficos y en el caso de las mujeres se presentan con datos clínicos similares al cáncer de ovario avanzado: distensión abdominal, dolor abdominal, plenitud postprandial, estreñimiento, ascitis, tumor abdominal. En la tomografía de abdomen se puede encontrar ascitis, engrosamiento del epiplón, nódulos peritoneales. El diagnóstico se realiza por cirugía abierta donde se encuentra una carcinomatosis peritoneal difusa con ascitis. La confirmación del diagnóstico es por inmunohistoquímica. La conducta quirúrgica es realizar cirugía de citorreducción de máximo esfuerzo, el cual que se relaciona con mejor pronóstico, sin embargo sólo el 50% de los casos puede recibir una cirugía citorreductora exitosa. Las recomendaciones actuales de tratamiento son cirugía citorreductora, quimioterapia intraperitoneal con cisplatino-doxorubicina y en el postoperatorio temprano paclitaxel. Este tratamiento perioperatorio es seguido de paclitaxel intraperitoneal adyuvante y second-look con cirugía de citorreducción. Con este esquema se ha logrado una sobrevida de 50-60 meses. Este caso demuestra la importancia de realizar el diagnóstico diferencial de carcinomatosis peritoneal, el pronóstico depende de realizar una cirugía óptima seguida de quimioterapia.

32

TUBERCULOSIS PERITONEAL

Antonio Villegas Moctezuma, Tello BSE, Flores AE, Rivera BV, López LF. Servicio de Cirugía General. Hospital Centenario «Miguel Hidalgo», SSA, ISE, Aguascalientes, Ags.

Introducción: La tuberculosis es una entidad clínica ancestral que puede presentarse en cualquier órgano de la economía y simular y confundir múltiples enfermedades. La tuberculosis peritoneal ha sido por mucho tiempo casi olvidada de la práctica clínica pero que ha resurgido en años recientes. **Objetivo:** Presentación y análisis de 7 casos de tuberculosis peritoneal. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluye 7 pacientes con diagnóstico histopatológico de tuberculosis peritoneal, diagnosticados y tratados en 4 hospitales de la ciudad de Aguascalientes en un periodo de 5 años. **Resultados:** La media de edad de los 7 pacientes fue de 47.5 ± 6.5 años. Seis fueron mujeres y uno, hombre. Dos pacientes tenían el antecedente de tuberculosis pulmonar. Los datos clínicos más importantes fueron ascitis en 4 y tumor y dolor abdominal en tres. El tiempo de evolución promedio de la sintomatología fue de 5.0 ± 1.7 meses. Los hallazgos tomográficos observados fueron: tumor ovárico unilateral en 4 y bilateral en 2, ascitis en 4 y adenopatía retroperitoneal en uno. A los 6 pacientes femeninos se les encontró elevación del CA-125, mediana de 428 U/ml (286-512 U/ml). Se sospechó neoplasia maligna en el preoperatorio en todos los casos y fueron operados en forma electiva; se realizó laparotomía con biopsia en 3, laparotomía con salpingo-ooforectomía en 2 y laparoscopia con biopsia en dos. Se sospechó tuberculosis peritoneal al momento de la cirugía en los siete pacientes. La estancia hospitalaria promedio fue de 2 días. No se presentó morbimortalidad postoperatoria. **Conclusiones:** La tuberculosis peritoneal es

una enfermedad rara que se presenta cada vez con mayor frecuencia. Debe considerarse el diagnóstico en pacientes jóvenes con tumor anexial, ascitis y elevación del CA-125.

33

TUBERCULOSIS INTESTINAL. REPORTE DE DOS CASOS

Yair Barbosa Santana, Noriega MO, Cruz DJ, Montoya RJ, Rincón Gallardo CS, Rivera AS. Servicio de Cirugía General. Hospital General No. 26, ISSSTE, Zacatecas, Zacatecas

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad sistémica causada por *Mycobacterium tuberculosis*, con elevada incidencia y prevalencia en los países en vías de desarrollo, entre ellos el nuestro, que ataca preferentemente a la población de bajo nivel socioeconómico y cultural, contribuye a ello las migraciones, elevado crecimiento demográfico, hacinamiento y carencias de servicios básicos y de salubridad. Tiene dos formas de presentación: pulmonar y miliar, el compromiso extrapulmonar fluctúa entre 8 y 12% y afección de aparato digestivo entre 4 y 5%. La tuberculosis digestiva afecta al tracto digestivo desde boca hasta ano, hígado, páncreas, peritoneo, ganglios mesentéricos. **Reporte del caso:** *Primer caso:* Paciente femenino 44 años de edad, residente de Fco. I Madero Zacatecas, secretaria de profesión, inicia su padecimiento 24 h antes de su ingreso con dolor en epigastrio tipo cólico irradiado a mesogastrio, acompañado de náuseas, vómitos de contenido gastrointestinal, fiebre no cuantificada, hiporexia, a la exploración física: abdomen globoso, irritación peritoneal franca, ausencia de peristaltismo, laboratorio: leucocitos: 29,900; glucosa: 37, plaquetas: 42,700 hg: 5.3 g/dl hto: 17.9% antecedentes de LES, epilepsia, actualmente en tratamiento. Se le efectuó laparotomía exploratoria en donde se encontró perforación ileal secreción de material caseoso y lesiones en granos de mijo, a nivel de íleon terminal. Se realizó resección del segmento una ileostomía y cierre de muñón en bolsa de Harman. Se inicia tx antifímico a base de isoniácida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Al recuperar tránsito intestinal. Su evolución es satisfactoria hasta el momento. *Segundo caso:* Paciente femenino 15 años de edad, estudiante, residente de Zacatecas, de religión testigos de Jehová, ingresa al Servicio de Urgencias con dolor abdominal el cual inicia 24 h antes de su ingreso con dolor abdominal en epigastrio tipo cólico, acompañado de náuseas, vómito, rx de abdomen: edema interasa con distensión de las mismas y niveles hidroaéreos, rx tórax: aire libre subdiafragmático, USG abdominal: colección en fosa iliaca derecha, laboratorios a su ingreso: leucocitos: 5,290, Hb: 14 mg/dl, hto: 43%, plaquetas: 470,000; TP: 11.7, TPT: 39.4. Antecedentes de: Tb miliar diseminada de 7 meses de evolución, con tx a base de: rifampicina, pirazinamida, isoniácida y etambutol por 4 meses, se le realizó laparotomía exploratoria encontrándose una perforación de 2 cm aproximadamente, a nivel de yeyuno en su parte medial, se realiza resección de 5 cm aproximadamente encontrándose además múltiples estenosis a nivel yeyunal, se realiza yeyuno-yeyeno anastomosis término-terminal, se reinicia su tratamiento antifímico 10 días posteriores a su cirugía, actualmente se encuentra en control y evolución favorable. **Conclusiones:** La tuberculosis pulmonar es el sitio de infección primaria, extrapulmonar es consecuencia del 15% de los casos. La cirugía se reserva para los pacientes con complicaciones: obstrucción, perforación localizada, fístulas, sangrados o estenosis. Las lesiones estenóticas cuando no son extensas o múltiples pueden evolucionar satisfactoriamente con tratamiento médico, en caso de cirugía se recomienda que ésta sea conservadora (resecciones segmentarias) y realizarla posterior a dos semanas de tratamiento médico, el tratamiento de elección en tuberculosis abdominal consta de un régimen de 6 meses a base de: isoniácida, rifampicina, pirazinamida; en estos 2 casos presentados anteriormente, sin embargo debido a su forma de presentación y evolución tuvieron que someter de forma inmediata a procedimiento quirúrgico.

34

INFLIXIMAB Y TUBERCULOSIS PERITONEAL

Luis Carlos Fernández Álvarez, Juárez DF, Agustín AF, González GJ, Gómez RJ, Cuendís HA, Hernández AJ, Hernández-Avedaño V. Servicio de Gastrocirugía. Hospital CMN SXXI, IMSS, México, D.F.

Introducción: *M. tuberculosis* ha infectado al hombre desde la antigüedad, la prueba más antigua se evidenció en la columna de momias egipcias del año 2400 antes de Cristo. El papel de las terapias anti-factor de necrosis tumoral (TNF) ha permitido el resurgimiento de esta plaga. El rol del infliximab en la patogénesis de la tuberculosis es complejo: – interviene en la expresión local y sistémica de toxicidad; – participa en la formación de granulomas para secuestrar micobacterias y evitar su diseminación; – facilita la habilidad de los macrófagos para fagocitar y matar bacilos; – a su vez controla el crecimiento de micobacterias al inducir apoptosis de macrófagos ineficientes. Esta función protectora del TNF y la inmunosupresión causada por los agentes anti-TNF como el infliximab es lo que debemos tener en cuenta al tratar pacientes bajo estos tratamientos ya que están susceptibles a infecciones y han sido implicados en la reactiva-

ción de tuberculosis adquirida reciente o remotamente. Presentamos el reporte de un caso clínico que nuevamente evidencia la relación entre el uso de terapias anti-TNF (infliximab) con tuberculosis, con el objetivo de recordar que la tuberculosis ha resurgido y que debemos tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial en nuestro medio. **Reporte del caso:** Paciente de 40 años de edad. Antecedentes: Artritis reumatoide bajo tx con infliximab, HTAS bajo tx con IECA, ocupación: manejadora de alimentos. PA: 6 meses de evolución con malestar abdominal inespecífico que en los últimos 3 días se intensifica presentado distensión abdominal, incapacidad para canalizar gases y evacuar, dolor abdominal tipo cólico y vómitos en 4 ocasiones de características «café». EF: TA: 100/60, FC: 104, FR: 24 y temp. 37 °C, despierta, orientada con una coloración ligeramente pálida y con deshidratación moderada, normocéfalo con pupilas isocóricas normorrefléxicas, narinas permeables y boca con mucosa oral deshidratada y con palidez, cuello cilíndrico con traquea central palpable y móvil sin adenomegalias ni datos de ingurgitación yugular, tórax, con adecuados movimientos respiratorios con campos pulmonares bien ventilados y sin agregados y ruidos cardíacos de buen ritmo tono e intensidad, abdomen blando, deprecible, distendido, doloroso a la palpación profunda y media con dolor a la descompresión positivo distribuido a todo el abdomen con ruidos peristálticos metálicos, extremidades sin edema u otro dato agregado. Laboratorios: Glu: 96, Ur: 75, Cr: 1.5, Na: 139, K: 3.9, Cl: 99, Hb: 11.7, Hct: 31.4, Pla: 255,000, Tp: 15.4, Tpt: 27.0, Gasometría arterial: acidosis metabólica compensada. Gabinete: Rx simple de abdomen con íleo inespecífico, asa fija en cuadrante superior izquierdo. La paciente es llevada a quirófano donde se somete a exploración qx. Durante la cirugía se encontró material caseoso distribuido en toda la cavidad peritoneal, con importante reacción inflamatoria que condiciona adherencias asa-asa, asa-pared, asa-epiplón, con epiplón firmemente adherido y estrangulando segmento de íleon de 10 a 90 cm de la válvula ileocecal realizándose resección intestinal y entero-entero anastomosis término-terminal con evolución satisfactoria. El reporte de patología confirma el diagnóstico. **Conclusiones:** Antes del inicio de la terapia con infliximab una evaluación de los factores de riesgo de infección por tb y una prueba de tuberculina son altamente recomendados para determinar el estado latente del paciente de tb y el riesgo hacia activación de la enfermedad. Una vez que la enfermedad activa ha sido descartada, individuos con prueba de tuberculina positiva deben ser considerados para tratamiento de infección latente, el régimen recomendado es isoniácida 300 mg diarios por 9 meses. Finalmente el conocimiento acerca de los beneficios y riesgos de estas nuevas drogas debe ser cuidadosamente considerado en las decisiones clínicas.

35

ABDOMEN AGUDO DIAGNOSTICADO COMO TUBERCULOSIS PERITONEAL

José Antonio Ortiz Gil, Sandoval MKE, González CM, Rodea RH. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México, SSA, México, D.F.

Introducción: La tuberculosis todavía es un flagelo en los países en vías de desarrollo y un serio problema en algunas comunidades desarrolladas por lo que el interés en la enfermedad de localización abdominal es tema de actualidad. El primer caso documentado de tuberculosis peritoneal data de 1843, en un hospital neoyorquino. Conocida como «La gran simuladora», la tuberculosis mimetiza toda una variedad de padecimientos. La tuberculosis intestinal y peritoneal es una enfermedad regional, crónica, específica, generalmente secundaria a tuberculosis pulmonar avanzada, que mayormente adopta la forma localizada en el tejido linfóide ileal, con localización frecuente en íleon terminal, yeyunoileal, ileocecal y/o peritoneo. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de una paciente masculina de 41 años el cual inicia con la presencia de dolor tipo cólico difuso en región abdominal de aproximadamente 4 meses de evolución con disminución en las evacuaciones, y acompañado por anorexia náuseas y vómito de contenido gástrico, cuenta con el antecedente de colecistectomía abierta hace 5 años por litiasis vesicular y con el antecedente de tuberculosis pulmonar paterna en la infancia, sin otro antecedente de importancia, sin mejoría de su cuadro, por lo cual es ingresado al Servicio de Urgencias, en donde, presenta, hiponatremia con hipocalemia, con anemia microcítica y con la presencia de leucopenia, en la rx de tórax con infiltrado pulmonar difuso y en rx de abdomen con datos de oclusión intestinal, el paciente cursa sin mejoría de su evolución con dolor abdominal intenso con datos de irritación peritoneal, por lo cual se decide su ingreso al quirófano en donde se realiza laparotomía exploratoria en donde se encuentra abdomen congelado en su totalidad sin poder evidenciar alguna patología, se toma muestra y es enviada a patología en donde reportan tuberculosis peritoneal, el paciente es enviado a terapia intensiva en donde cursa tórpida mente su evolución y fallece a las 24 h de intervención. **Conclusiones:** El diagnóstico de tuberculosis intestinal y/o peritoneal es difícil debido a que esta enfermedad es una infección crónica que desarrolla cambios morfológicos observados en toda enfermedad inflamatoria del intestino. Los hallazgos más comunes en los estudios efectuados son: Hipoalbuminemia en el 70% de los casos. Hematócrito menor a 35% con incremento de la velocidad de sedimentación globular. Tinción de Ziehl Nielsen positiva cuando hay gran cantidad de bacilos, valores mayores

a 400,000 plaquetas/100 ml de plasma (hiperagregación plaquetaria, trombocitosis relativa). Radiografía de tórax que muestra lesión activa de tuberculosis en más del 80% de los casos. Baciloscopia positiva en fluidos corporales, es de gran ayuda diagnóstica sea en esputo o en líquido ascítico. La presencia del bacilo tuberculoso en las heces es de valor diagnóstico sólo si el mismo no se encuentra en el esputo, que sugiere el compromiso intestinal primario. Los hallazgos radiológicos simples y con bario son los cambios patológicos esperados. A pesar de que no existen signos patognomónicos hay hallazgos tanto en el intestino delgado como en el grueso que sugieren la infección tubérculos tales como zonas de constricción y dilatación del intestino delgado, mucosa ulcerada, constricción y acortamiento del ciego y excesiva irritabilidad y estrechamiento espasmódico del colon. El signo de Starling se caracteriza por la falta de retención de bario en un segmento inflamado de íleon, ciego o colon ascendente—siendo más frecuente en el área ileocecal— con una configuración normal de la columna en ambos extremos de la lesión. Otro signo observado es el signo de la cuerda, que consiste en la aparición de una columna delgada relativamente larga de bario en el íleon terminal que permanece constante como consecuencia de hipertonicidad sostenida y estenosis. Los estudios por imágenes con ultrasonido o con TAC son de ayuda para detectar ganglios anormales o patología peritoneal, pero los hallazgos son inespecíficos. En tuberculosis del colon y del íleon distal se encuentran áreas lesionadas con superficie criptomatosa y edema, nódulos dispersos, formaciones polipoides, úlceras con orientación circular siguiendo la dirección de las haustras, áreas de «empedrado», estenosis, dilataciones, orificio fistulosos, deformidades y rigidez del intestino. La laparoscopia con biopsia es una técnica valiosa para el diagnóstico de tuberculosis peritoneal. La laparotomía exploratoria tiene un gran valor diagnóstico aunque muchas veces es poco lo que se puede hacer desde el punto de vista de corrección quirúrgica en el caso de complicaciones. El pronóstico en estos pacientes tienen un elevado riesgo de muerte por esta enfermedad en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, la mayoría de los pacientes se cura con el tratamiento convencional y sólo fallecen aquéllos que abandonan el tratamiento.

36

TUBERCULOSIS PERITONEAL, UN RETO PARA EL CIRUJANO

Víctor Hugo Pedraza Hernández. Moreno CG, Díaz PS. Servicio de Cirugía General. Hospital General Regional Lic. ESP OPD. SSA, Chiutempan, Tlaxcala

Introducción: La incidencia de tuberculosis a nivel mundial sigue siendo sorprendente, se realizan aproximadamente, 10 millones de diagnósticos por año, y causa el 6% de mortalidad de la población mundial. La tuberculosis fue descubierta en 1882 por Koch, quien demostró el agente etiológico el *Mycobacterium tuberculosis* variedad hominis, siendo un bacilo Gram positivo intracelular, AAR, no esporulado, no encapsulado, aerobio estricto, positivo a la reacción de la catalasa, nitrito, niacina, glucosa y arabinosa. Que asociado a factores de riesgo como lo son nivel socioeconómico bajo, desnutrición, o inmunodeficiencias, condiciona el cuadro clínico de tuberculosis, siendo la más frecuente la localización pulmonar, sin embargo las manifestaciones extrapulmonares, son la gran simuladora de la medicina, y el cirujano general no es la excepción, ya que tiene que estar expectante y pensar en la localización peritoneal y/o intestinal, misma que se manifiesta por un cuadro inespecífico de dolor abdominal difuso de forma crónica, diarrea, estreñimiento, acitosis y ocasionalmente masa palpable, o presentación como abdomen agudo. El diagnóstico debe incluir exámenes de laboratorio de rutina, ocasionalmente PPD, placas simples de tórax y abdomen, así como ultrasonido abdominal y TAC. El diagnóstico se realiza por exclusión y la mayoría de veces en el transoperatorio de laparotomía exploratoria. En donde existe la posibilidad de laparoscopia se utiliza con buenos resultados, el tratamiento se realiza con los diferentes esquemas de antifímicos existentes en el mercado y las complicaciones pueden ser oclusión o perforación intestinal, y sepsis abdominal, que puede llevar al paciente a la muerte de no actuarse oportunamente. **Reporte del caso:** Masculino de 43a católico, albañil, nivel socioeconómico bajo, secundaria, combe negativo, grupo sanguíneo 0+. madre de 70a con dm tipo II en control médico, pareja sana y 6 hijos aparentemente sanos. Originario del estado de México y residente de Tetla tlaxcala, nivel bajo, hacinamiento y promiscuidad, zoonosis +, tabaquismo desde los 14 años, 3 cigarrillos diarios, alcoholismo desde los 14a llegando a la embriaguez cada tercer día. Toxicomanía + ingiriendo marihuana un cigarrillo diario desde los 14 años. IVSA 18 años, parejas sexuales del sexo opuesto 24 una estable, y dos parejas del mismo sexo, relaciones con protección. Inmunizaciones completas, dos hospitalizaciones por intoxicación etílica, tosedor crónico desde hace 2 años p.a. inicia hace 2 meses con pérdida de peso de 18 kilos, tos húmeda, gran ataque al edo gral. periodos de diarrea y estreñimiento, y dos días previos a su ingreso dolor abdominal intenso, imposibilidad para canalizar gases y evacuar. E.F. TA 90/50 FC 107X FR 42X T 36 GC, caquexico, diaforético polipneico y deshidratado, tórax con datos de gran dificultad respiratoria y estertores a nivel bilateral basal, rscs aumentados de frecuencia, a nivel abdominal con datos de irritación peritoneal, tacto rectal con ámpula vacía, genitales y extremidades sdp.

Se toman exámenes de laboratorio con datos de insf. hepática y sx anémico, tele de tórax con infiltrado bilateral, simple de abdomen con niveles en escalera y líquido libre en cavidad. Es sometido a laparotomía exploradora con diagnóstico de abdomen agudo qx encontrándose líquido libre en cavidad aprx. 5 litros citrino, y el epiplón reabsorbido, e imágenes en «arroz» en todo el peritoneo, intestino acartonado con granulomas sobre todo a nivel de íleon distal, se toman biopsias y se cierra el paciente, es manejado con medidas grales, aspiración nasogástrica y tratamiento antifímico, siendo su evolución a la mejoría y dado de alta con seguimiento por la consulta de cirugía y medicina preventiva. **Conclusiones:** Debemos pensar en la entidad clínica de tuberculosis peritoneal y encaminar el diagnóstico antes de la realización de laparotomía, y donde exista la posibilidad laparoscopia diagnostica utilizarla, para disminuir costos innecesarios y evitar riesgo a los pacientes.

37

TUBERCULOSIS INTESTINAL EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Óscar Gilberto Ruvalcaba Castañeda, Preciado AN, Mendoza MF, Camacho LMR, Ábrego VJA, Huerta RG. Servicio de Cirugía General. Hospital Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La tuberculosis intestinal es una enfermedad crónica secundaria a tuberculosis pulmonar avanzada que adopta la forma localizada en el tejido linfóide ileal, con localización frecuente en íleon terminal, yeyunoileal, ileocecal o peritoneo. La afección intestinal es reportada entre 0.4 y 5%. La tuberculosis intestinal es una enfermedad asociada con la pobreza que predomina en personas adultas con antecedente de tuberculosis pulmonar o tuberculosis pulmonar activa asociada a otras condiciones como infección por VIH, inmunodeficiencias, desnutrición, etilismo y/o drogadicción. El grupo de edad se encuentra entre la segunda y cuarta década de la vida con ligero predominio del sexo femenino. El *Mycobacterium tuberculosis* puede infectar el aparato digestivo a través de la sangre, linfa o por contacto, sin embargo la infección resulta principalmente de la deglución del esputo. Los signos y síntomas son inespecíficos, puede semejar a una gran variedad de desórdenes abdominales, incluyendo patología neoplásica, infecciosa, inflamatoria inespecífica. Un evidente grado de agudeza clínica es importante para el diagnóstico. El síntoma frecuente es dolor abdominal de localización difusa con predominio del cuadrante inferior derecho, acompañado de anorexia y náuseas. El tratamiento es el mismo para la tuberculosis pulmonar: seis semanas con cuatro drogas (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol). La cirugía está indicada en complicaciones como obstrucción intestinal, perforación, abscesos, fistulas o sangrado. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 34 años de edad con antecedente de lupus eritematoso sistémico diagnosticado hace 25 años. Refiere iniciar su padecimiento con la presencia de dolor abdominal crónico localizado en epigastrio y fosa iliaca derecha, con sospechas diagnósticas de apendicitis vs vasculitis; en esta ocasión presenta cuadro de dolor abdominal de mayor intensidad con irradiación a flanco y fosa iliaca derecha además de vómitos, náuseas y fiebre. A la exploración física con presencia de dolor a la palpación abdominal en epigastrio, flanco y fosa iliaca derecha, Mcburney presente; psoas, obturador y talopercurción ausentes. La radiografía de abdomen muestra borramiento de psoas derecho sin presencia de niveles hidroaéreos. Es intervenida con diagnóstico probable de apendicitis aguda, refiriendo como hallazgos: abundante líquido inflamatorio en cavidad, apéndice cecal con natas de fibrina e indurada; quiste ovárico derecho de 2 cm; tumor cecal de 15 x 15 cm el cual obstruye la válvula ileocecal; colon ascendente, transverso y descendente sin materia fecal; cadena ganglionar de características inflamatorias a nivel de raíz de mesenterio. Se realiza resección ganglionar y de íleon distal a 15 cm de válvula ileocecal y colectomía derecha, con ileostomía y fistula mucosa. La pieza enviada a estudio histopatológico reporta segmento intestinal de colon ascendente con lesión de 11 x 8.5 x 3 cm; obstrucción de la luz intestinal en 90%. Crecimiento endoexofítico abarcando la totalidad de la pared intestinal; bordes quirúrgicos proximal de pieza conservados; no se identifican lesiones neoplásicas; borde distal a lesión, nódulos y apéndice cecal negativos a malignidad. Se concluye enfermedad granulomatosa crónica que afecta el espesor total de la pared intestinal y forma parches en epiplón; se observan numerosos granulomas sin necrosis incluyendo algunos ganglios linfáticos; los datos son compatibles con tuberculosis intestinal. **Conclusiones:** La tuberculosis abdominal es una entidad que va aumentando su frecuencia por la aparición de la infección por el VIH, la resistencia a fármacos antituberculosos y los cambios migratorios. El *Mycobacterium tuberculosis* puede localizarse en cualquier órgano de la cavidad abdominal, siendo el más frecuente el tracto gastrointestinal, seguido de los ganglios retroperitoneales. La tuberculosis constituye un reto diagnóstico, epidemiológico y terapéutico.

38

TUBERCULOSIS INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Javier Díaz Ramón, Hernández MR, Villanueva RJ, Vázquez FF, Valerio JJ. Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, SSA, Veracruz, Veracruz

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad que puede afectar diversos órganos y sistemas. El compromiso del aparato digestivo ocurre tan sólo en 0.4–5% de los individuos infectados, siendo el compromiso pulmonar el más frecuente. Afecta sobre todo a individuos inmunodeprimidos, desnutridos, asociado además a etilismo y drogadicción. Las manifestaciones clínicas intestinales son inespecíficas, con presencia de dolor en cuadrante inferior derecho, alteraciones en el patrón defecatorio, pérdida de peso y distensión abdominal. Las partes del tracto gastrointestinal más frecuentemente afectadas son íleon y ciego. Los principales diagnósticos diferenciales incluyen enfermedad de Crohn, linfomas, neoplasias intestinales malignas, por lo que un adecuado diagnóstico es mandatorio para instaurar un tratamiento adecuado que no reactive aún más la enfermedad tuberculosa. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con tuberculosis intestinal. **Material y métodos:** Se trata de paciente masculino de 33 años de edad, quien acude acompañado de su padre por presentar fiebre, distensión abdominal y ataque al estado general. Al interrogatorio refiere ser soltero, de nivel socioeconómico bajo, alcoholismo y tabaquismo ocasional, drogadicción a base de marihuana desde hace 15 años. Antecedentes quirúrgicos, oncológicos, fímicos, alérgicos, enfermedades cronicodegenerativas, preguntados y negados. Inicia su padecimiento actual tres días antes de su ingreso con dolor en epigastrio posterior a la ingesta de comida abundante en grasas, el cual se generaliza a todo el abdomen 24 h después con náusea y vómito en 5 ocasiones. Es multitratado por diversos facultativos a base de antiespasmódicos, inhibidores de receptores H2 e inhibidores de bomba de protones, con pobres resultados. 24 h después se agrega fiebre, ataque al estado general, dificultad para evacuar, distensión abdominal, motivo por el cual es traído al Servicio de Urgencias de nuestro hospital. A la exploración física paciente taquicárdico, polipneico, abdomen con distensión generalizada, dolor a la palpación generalizado, maniobras apendiculares negativas, gionardo bilateral negativo. Se realiza tacto rectal encontrando ampulla rectal vacía. Los estudios de laboratorio muestran hemoglobina 13.3, hematocrito 41.4, leucocitos 7.23, neutrófilos 91.4%, amilasa 41 UI, pruebas de funcionamiento hepático normales, prueba rápida de VIH negativa. Se indica su ingreso a quirófano con el diagnóstico de abdomen agudo secundario a probable obstrucción intestinal. Previa asepsia y antisepsia se realiza diéresis por planos hasta llegar a cavidad abdominal, incisión supra e infraumbilical, encontrando gran distensión de asas abdominales y 700 ml de líquido de reacción inflamatoria. Se explora cavidad abdominal y se localiza el ciego, con masa tumoral de consistencia semisólida, de aspecto granulomatoso y rugoso, de color violáceo, se encuentra obstruida por completo la luz intestinal del ciego. En íleon se observan además tres zonas de estenosis a 20, 40 y 60 cm de válvula ileocecal con las mismas características, así como una micro perforación de 3-4 a 140 cm del ángulo de Treitz, por lo que se procede a realizar ileostomía del sitio de la perforación, realizando estoma a nivel de flanco izquierdo y toma de biopsia de las lesiones. Se lava cavidad abdominal con 10 litros de solución salina, se colocan drenajes tipo *Penrose* y se procede a cerrar pared abdominal. Se envían las muestras a estudio histopatológico el cual reporta imágenes de granulomas con necrosis caseosa, células de Langerhans, con el diagnóstico de tuberculosis intestinal. El paciente fue sometido a tratamiento antifímico, con buena respuesta hasta el momento. **Resultados:** **Conclusiones:** La tuberculosis intestinal es una enfermedad que aún se presenta en nuestro medio, fuertemente asociado a condiciones de pobreza e inmunosupresión. Es importante realizar un adecuado diagnóstico que permita establecer el tratamiento oportuno a base de antifímicos, a fin de evitar otro tipo de tratamiento que pueda reactivar el foco primario

MÓDULO: CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

39

PARCHE DE PERICARDIO EN LESIÓN DE VENTRÍCULO IZQUIERDO POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO

José Nicolás García Martín Del Campo, Alfaro GF, Sánchez SJ. Servicio de Cirugía General. Hospital General Rubén Leñero GDF, México, D.F.

Introducción: Las lesiones de ventrículo izquierdo por trauma de arma de fuego son complejas y potencialmente letales, sin embargo su manejo pre y transoperatorio pueden favorecer una adecuada evolución. El parche de pericardio autólogo es una opción en lesiones cruentas de miocardio que pueden favorecer el manejo y la supervivencia. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 42 años de edad que ingresa al Servicio de Urgencias con herida por proyectil de arma de fuego en cara lateral derecha con salida a cara izquierda a su ingreso con hipotensión, preservado el estado de despierto sin datos de dificultad ventilatoria, apreciando a nivel de tórax trayecto longitudinal, sin datos de hemoptisis o hematoquezia. Se realiza ventana pericárdica resultando positiva por lo cual se realiza esternotomía apreciando en corazón lesión en ventrículos izquierdo y derecho. Se rafia lesión de ventrículo derecho y se coloca parche de pericardio en ventrículo izquierdo sobre cara diafragmática. Se termina el procedimiento y el paciente es egresado a terapia intensiva. **Conclusiones:** En lesiones cruentas o amplias de pared de miocardio el parche de pericardio tiene la

misma efectividad que la rafia, ofreciendo la ventaja de daño al tejido miocárdico y bajando el índice de desgarro, así mismo permitió estabilizar el estado hemodinámico y egresar al paciente a terapia intensiva para manejo hemodinámico.

40

LINFOMA INTRACARDIACO PRIMARIO

Homero Lozano Enríquez, Ochoa RE. Servicio de Cirugía General. Hospital San José Tec de Monterrey, Monterrey, Nuevo León

Introducción: Los tumores cardíacos primarios constituyen una patología infrecuente. Su incidencia en series de necropsia va de 0.0017 a 0.28. Se clasifican en primarios y secundarios o metastásicos, siendo estos últimos entre 20 y 50 veces más frecuentes. Aproximadamente 75% de todos los tumores cardíacos primarios son histológicamente benignos. La mayoría de los tumores benignos son mixomas, seguidos en frecuencia por una gran variedad de otros tumores como el fibroelastoma papilar, rabdomiomas, fibromas entre otros. Los tumores primarios malignos constituyen el 25% de los casos; la mayoría son sarcomas (95%) los cuales son segundos en frecuencia después de los mixomas. Los linfomas comprenden el 5% restante de los tumores primarios malignos del corazón. Los linfomas cardíacos primarios son excepcionales y representan el 1.3% de los linfomas extraganglionares. **Reporte del caso:** Paciente del sexo masculino, de 63 años de edad, sin antecedentes médicos relevantes para su padecimiento actual. Quirúrgicos negados. Inicia su padecimiento hace 4 meses al presentar de forma insidiosa, disnea de medianos esfuerzos. Además refiere cuadros repetitivos de cefalea occipital intensa y leve dolor torácico. Los últimos 10 días previos a su ingreso inicia con dolor opresivo en tórax intermitente que fue haciéndose continuo y aumentando en intensidad hasta impedirle realizar funciones normales y es el motivo por el cual acude a consulta. A su ingreso presenta signos vitales normales, y durante la exploración física se encontró por auscultación campos pulmonares limpios y bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos donde se ausculta soplo sistólico ++ en foco tricúspide y mitral. El resto de la exploración no demuestra ninguna otra alteración. Dentro de sus estudios de laboratorio se realizaron biometría hemática completa, perfil bioquímico, perfil hepático, examen general de orina los cuales presentaron resultados normales. **Gabinete:** Electrocardiograma muestra bloqueo de rama derecha, eje desviado a extrema derecha. Radiografías sin alteraciones y una tomografía que muestra una imagen en la que se ve una masa que ocupa ventrículo derecho en un 90%, incluyendo válvula tricúspide. **Cirugía:** El paciente es sometido a toracotomía medio esternal en la que desde la apertura del pericardio se observa en cara anterior de ventrículo derecho una gran proyección tumoral. Se inicia circulación extracorpórea (CEC). Se ligan ambas venas cavas sobre las cánulas respectivas y se realiza auriculotomía der. paralela al surco auriculoventricular (AV). Inmediatamente se aprecia una gran tumoración que obstruye el surco AV, el orificio valvular y que infiltra la valva septal tricúspide. Se va resecando dicha tumoración que ocupa el 90% de la cavidad ventricular hasta donde es posible, corroborando que la valva anterior y posterior estén libres y funcionales. Se lava la cavidad, se cierra en 2 planos y se despinza aorta, obteniendo latido espontáneo en ritmo sinusal por lo que se retira la CEC y se cierra cavidad dejando 2 sondas mediastinales de drenaje y un electrodo de marcapaso epicárdico profiláctico. Sale de quirófano con P.A.M. 75 mmHg, PVC 12 cmH₂O y en ritmo sinusal. La B.T.O reporta neoplasia maligna sin especificar extirpe celular. El diagnóstico definitivo de patología reportó linfoma no Hodgkin de tipo B del centro foliolar. **Conclusiones:** Los *linfomas cardíacos primarios* son poco frecuentes; hay unos 60 casos descritos en la literatura de los que más del 80% son linfomas no Hodgkin. La mayoría corresponden a linfomas de células grandes B, difusos, de alto grado de malignidad y rápido crecimiento. El diagnóstico se basa en estudios de imagen, sin embargo el diagnóstico de certeza lo da la biopsia y su estudio histopatológico. El tratamiento y la evolución de los casos publicados de linfoma cardíaco han sido muy heterogéneos. La cirugía de resección, combinada o no a quimioterapia y/o radioterapia ha obtenido resultados variables, con supervivencias que oscilan entre el mes y los trece meses.

42

ANEURISMA DE AURÍCULA IZQUIERDA CON PREVIO EMBOLISMO AÓRTICO

Karen Pineda Solís, Palacios-Macedo A, Rubio-Calva S, Hinojosa CA. Servicio de Cirugía Vascul. Hospital Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, SSA. México, D.F.

Introducción: Los aneurismas de la auricular izquierda (AAI) son raros. Actualmente se han reportado alrededor de 50 casos en el mundo. La manifestación más común son arritmias y embolismos. De los embolismos los más frecuentes son los cerebrales. Estos aneurismas son congénitos o adquiridos. Los adquiridos están asociados a lesiones valvulares, procesos degenerativos o enfermedad inflamatoria. Los AAI se pueden identificar en una radiografía de tórax, observándose una silueta cardíaca anor-

mal, sin embargo el diagnóstico no siempre es correcto, ya que se confunden con un quiste pericárdico, tumores paracardiacos, entre otros. Para establecer el diagnóstico preciso es muy útil la ecocardiografía, la tomografía y la resonancia magnética. Estos aneurismas pueden ser el resultado de una debilidad en pared auricular, así como displasia de los músculos pectíneos. Cuando AAI es encontrado la resección quirúrgica es el tratamiento de elección, con el fin de evitar futuras comorbilidades. **Objetivo:** Describir el caso de un AAI, y su primer manifestación un embolismo aórtico. **Material y métodos:** *Reporte de caso.* Se presenta el caso de una mujer de 49 años, fumadora e hipotiroides, que acudió con una historia de 5 meses de evolución caracterizada por claudicación intermitente en extremidades inferiores. Se documentó una oclusión de aorta infrarrenal y arterias ilíacas de posible origen embólico. Esto se resolvió con una derivación aortobifemoral, el cual cursó sin complicaciones. En esta valoración se identificó un aneurisma dependiente de la aurícula izquierda de 8 cm, sin más comorbilidades asociadas. Se anticoaguló y el aneurisma se reseccó en un segundo tiempo quirúrgico con 5 meses de diferencia a la intervención previa. **Resultados:** *Técnica quirúrgica.* La resección se realizó por una esternotomía media, se utilizó bomba extracorpórea y monitoreo ecocardiográfico transesofágico intraoperatorio. Se realizó la apertura del aneurisma y cierre del cuello con sutura continua prolene cardiovascular 5-0. No se observó alteraciones en la aurícula remanente. En el ecocardiograma transoperatorio se confirmó exclusión del aneurisma y el cierre de la pared auricular. La evolución fue satisfactoria, la paciente se encuentra asintomática, con estudios ecocardiográficos normales, a 8 semanas de la cirugía. **Conclusiones:** Este caso aporta más información de la evolución, presentación y tratamiento de los AAI, enfatizando la excepcional presentación inicial, un embolismo periférico extenso. No documentado previamente en los AAI.

43

LESIÓN VENTRICULAR DERECHA SECUNDARIA A HPIC PRECORDIAL

Ana Laura García Barón. Servicio de Cirugía General. HIG Xoco SSSD, México, D.F.

Introducción: Frecuencia de lesiones cardíacas tratadas quirúrgicamente ha aumentado considerablemente, por un aumento de la violencia urbana y el mejoramiento de los servicios de emergencia médica, que ha permitido que pacientes con lesiones cardiovasculares lleguen vivos a los centros hospitalarios. Existen dos formas clásicas de presentación: la hemorragia severa hacia la cavidad pleural y el taponamiento cardíaco. La hemorragia origina shock y palidez extrema, en el taponamiento existe cianosis, ingurgitación de las venas del cuello y ruidos cardíacos apagados. El mundo actual, como consecuencia del aumento en el número de traumatismos, así como en la intensidad de éstos, la frecuencia de daños cardíacos se ha incrementado considerablemente. La asociación con otras lesiones no es rara, lo que ocasiona una mayor complejidad en el diagnóstico y tratamiento de éstas. El conocimiento de que una intervención rápida mejora los resultados nos conduce a la era de la toracotomía en el Departamento de Urgencias, la vanguardia en los cuidados del trauma, ofreciendo a muchos de estos pacientes la posibilidad de sobrevivir, algo que de otra manera no ocurriría. Se han descrito distintas técnicas de reparación de heridas auriculares y ventriculares, que están en continua revisión. Cada vez más, el empleo de biomateriales como el teflón adquiere un papel más relevante en la bibliografía, aun a sabiendas de que no existen pruebas de que estas prótesis mejoren la curación y los resultados de las lesiones cardíacas. La ecocardiografía es un método diagnóstico nuevo para evaluar penetración cardíaca postraumática, pero es necesario un mínimo de 50 ml para que el ecocardiograma revele líquido libre. Weiss y Miller comenzaron a usar el ecocardiograma bidimensional en el diagnóstico de lesiones cardíacas. Los altos porcentajes de supervivencia que aparecen en artículos recientes tienden a crear una impresión errónea de que la mortalidad por lesiones cardíacas ha disminuido significativamente, cuando esto no es así. **Reporte del caso:** Masculino de 34 años de edad, actualmente cursa con su 12º día de estancia intrahospitalaria en el Servicio de Cirugía General, del Hospital General Xoco de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, ingresa a esta unidad hospitalaria el día 18 de mayo del 2008 a las 15:20 h vía ambulancia aérea tipo cónдор, con protocolo de atención prehospitalaria, secundario a padecer heridas por instrumento punzocortante penetrante en tórax una hora antes de su ingreso, en cara anterior izquierda a nivel de 4º espacio intercostal línea paraesternal y en 4º espacio intercostal línea medio clavicular, ingresando a quirófano con los siguientes diagnósticos: herida por instrumento punzocortante penetrante en tórax, hemotórax izquierdo, probable lesión cardíaca, choque hipovolémico grado III, con los siguientes vitales al ingreso TA 63/34, FC 120, temp. 36, FR 22, peso 91 kg, talla 1.68 m. Se realiza toracotomía anterolateral izquierda, rafia cardíaca, colocación de sondas endopleurales, encontrándose los siguientes hallazgos: lesión del ventrículo derecho de 3 cm de diámetro, en forma de «V», hemotórax izquierdo de 1,000 cc, posterior a una estancia de 10 en la Unidad de Cuidados Intensivos, ingresa a nuestro servicio con una evolución favorable, se realiza va-

loración ecocardiográfica el día 28 de mayo de 2008 el cual reporta IDx. PO de rafia de ventrículo derecho exitosa, corazón funcional y estructuralmente sin alteraciones, derrame pericárdico ligero sin datos de taponamiento. **Conclusiones:** La lesión cardíaca penetrante secundaria a instrumentos punzocortantes son lesiones con alta morbilidad si no son tratados de manera urgente, ventriculares derechas con menor mortalidad, se debe realizar el abordaje de las lesiones transmediastinales dependiendo del estado hemodinámico del paciente, si el paciente cursa estable debe hacerse lo siguiente: ventana pericárdica subxifoidea, broncoscopia, esofagoscopia y/o esofagograma y aortograma.

44

LESIÓN CARDIACA. REPORTE DE UN CASO

Alejandra Gutiérrez Quintana, Rivero VJC, González PR, González RF. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Zona No. 197. IMSS, México, D.F.

Introducción: Debido al aumento de la violencia urbana, estas lesiones cada vez son más frecuentes. A pesar que la mayoría de los pacientes mueren en el lugar del hecho, la mejora de la asistencia prehospitalaria incrementa el número de víctimas que llegan a las salas de emergencia con vida. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 22 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento actual el 21 de octubre de 2007 al presentar lesión por instrumento punzocortante a nivel de 5to espacio intercostal y línea axilar anterior de hemitórax derecho, comenzando con dificultad respiratoria y sangrado por la herida por lo que es traído a nuestra unidad. TA: 90/60 mmHg, FC: 100X', FR: 20X', temp: 37 °C. EF. Consciente, Glasgow de 15. Palidez de tegumentos, mal hidratado. Campos pulmonares con amplexión y amplexación disminuidos en hemitórax derecho, murmullo vesicular y vibraciones vocales disminuidas, matidez a la palpación e hipoventilación importante. Abdomen blando, depresible, no visceromegalias, peristaltismo presente. Extremidades sin alteraciones. Es valorado por nuestro servicio diagnosticándose hemo neumotórax derecho, por lo que se coloca sello de agua, obteniendo 1,500 cc de material hemático, por continuación del sangrado se pinza sonda de pleurostomía y se decide intervención quirúrgica de urgencia. Se realiza toracotomía anterolateral derecha, encontrando 500 cc de hemotórax el cual se aspira, detectando una lesión pulmonar grado III de lóbulo inferior, la cual se repara con cierre primario, posteriormente se visualiza lesión de pericardio de aproximadamente 3 cm, se realiza pericardiotomía para exploración cardíaca, encontrando coágulo en aurícula derecha, observando sangrado importante al retirar el mismo en relación con lesión de 1.5 cm en aurícula derecha. Se realiza cierre primario de dicha lesión, con polipropileno. El paciente se envía a UCI, evolucionando satisfactoriamente, siendo egresado de la UCI al tercer día de su postoperatorio. Continúa con buena evolución durante su estancia en piso de cirugía, por lo que es dado de alta al 5º día de nuestra unidad. Laboratorios de control: Hb 10 mg/dl, Hto 30, leucocitos 5,000, glucosa 80 mg/dl, creatinina 0.8. Se realiza ecocardiograma de control a los 30 días, sin alteraciones cardíacas. **Conclusiones:** La mortalidad de las lesiones cardíacas penetrantes, según publicaciones nacionales e internacionales, se encuentra alrededor del 70%. Una intervención rápida e inmediata mejora los resultados en este tipo de pacientes, de tal manera que el factor determinante en la supervivencia es el diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato y oportuno.

45

TAMPONADE TARDÍO SECUNDARIO A HERIDA POR OBJETO PUNZOCORTANTE

Ligia Itziar Del Ángel Suárez, Peña HF, Romero PR, González J, Martínez C, Brito TI, Alarcón O. Gastrocirugía. CMN SXXI HE IMSS, México, D.F.

Introducción: El aumento reciente de la violencia civil ha incrementado el grado como la intensidad de las lesiones torácicas, incluyendo las cardíacas. La mayoría de los pacientes con trauma cardíaco muere antes de alcanzar el hospital. El taponamiento cardíaco puede ser agudo o crónico. Las heridas punzantes y las lesiones por arma de fuego frecuentemente son fatales. Sin embargo, si la herida penetrante es pequeña puede haber taponamiento cardíaco tardío, debido a un aumento gradual de presión en el saco pericárdico lo que puede ayudar a reducir la severidad de la hemorragia. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 23 años con antecedente de herida por objeto punzocortante, el 1º de enero a nivel del 7º espacio intercostal izquierdo con presencia de hematoma retroesternal y hematoma pericárdico no progresivo con tratamiento conservador siendo egresado 10 días después de la lesión. Evolucionó tórpidamente presentando 1 mes después tos sin predominio de horario acompañada de expectoración blanquecina, fiebre de predominio nocturno y disnea de medianos esfuerzos. A la exploración física consciente, cuello con ingurgitación yugular, campos pulmonares con adecuado murmullo vesicular, ruidos cardíacos disminuidos de intensidad, con adecuada frecuencia, con frote pericárdico, abdomen y extremidades sin patología. Laboratorios: leucocitos 7.3, hemoglobina 10.5, hematocrito 32.6, plaquetas 430 mil. Rx de tórax con aumento de las dimen-

siones de la silueta cardiaca, ensanchamiento mediastinal. Cardiomegalia grado II. Electrocardiograma con ritmo sinusal, FC 75 por minuto con supradesnivel en V I. Ecocardiograma transtorácico con imagen de contenido anecoico pericardiaco con volumen aproximado de 378 ml. Tomografía torácica con presencia de derrame pericárdico. Se realiza toracotomía anterolateral izquierda y ventana pericárdica encontrando pericardio a tensión obteniendo aproximadamente 500 ml de sangre no coagulada sin lesión en parénquima cardiaco. El paciente evolucionó satisfactoriamente siendo egresado a su domicilio. **Conclusiones:** Las lesiones cardiacas penetrantes en la población general son causadas comúnmente por objetos punzocortantes, armas de fuego y raramente por huesos fracturados. El diagnóstico puede ser con la triada de Beck (ingurgitación yugular, ruidos cardiacos apagados e hipotensión). La disnea es frecuente y generalmente se presenta con síntomas asociados con bajo gasto cardiaco. En la radiografía del tórax se puede observar cardiomegalia, evidencia de derrame pericárdico. En el electrocardiograma es usual encontrar taquicardia sinusal, elevación cóncava del segmento ST. El ecocardiograma detecta la presencia de derrame pericárdico y permite hacer una aproximación de su cantidad, ofreciendo además múltiples signos de compromiso hemodinámico. El tratamiento básico es la extracción de líquido para eliminar la compresión del corazón, por medio de la pericardiocentesis o por métodos quirúrgicos. El tratamiento quirúrgico del tamponado cardiaco puede llevarse a cabo por tres métodos. El primero de ellos es la pericardiectomía por esternotomía vertical o transversa. Es especialmente útil en pacientes con posible constricción. El segundo método es la pericardiectomía parietal a través de toracotomía intercostal izquierda, lo cual permite una mejoría más definitiva. El tercer método es la pericardiectomía subxifoidea, que se efectúa bajo anestesia local con resección del apéndice xifoideo y una incisión pequeña en el pericardio, a través de la cual se drena el líquido y se conoce como procedimiento de ventana.

MÓDULO: CIRUGÍA EXPERIMENTAL/INVESTIGACIÓN EN CIRUGÍA

46

UTILIDAD DE LA SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA AL 7.5% EN CHOQUE HEMORRÁGICO PROLONGADO

Ruy Cabello Pasini, Barragán MG, Castillo CJC, Cruz TN, Garduño MP, García NLM. Servicio de Cirugía. Hospital Central Militar SEDENA, México, D.F.

Introducción: El tratamiento del estado de choque hemorrágico en situaciones donde se prevé un tiempo de transporte prolongado implica el mantenimiento de la perfusión tisular de manera adecuada para evitar las complicaciones asociadas. Diferentes esquemas de resucitación se han diseñado y continúan bajo investigación actualmente. Nos interesó el empleo de la solución salina hipertónica para el manejo transitorio del estado de choque hemorrágico grave en situaciones de transporte prolongado y además empleando el régimen de bajo volumen principalmente por las ventajas desde el punto de vista logístico que para una operación militar ello implica. **Objetivo:** Nuestra hipótesis principal: En un choque hemorrágico prolongado la reanimación con solución salina hipertónica al 7.5% permite incrementar el tiempo para el manejo definitivo del choque hemorrágico.

Material y métodos: Es un estudio experimental, longitudinal, prospectivo, comparativo, de Causa a efecto. Utilizamos ratas Wistar con un peso de entre 200 y 300 g. Nuestras variables principales: Registro de pH, Na, Cl, lactato, hematócrito, hemoglobina, déficit de base, todos éstos en sangre arterial para los tres grupos del estudio antes y después del choque. Analizamos la mortalidad durante el experimento y a las 24 horas posteriores. Se monitorizaron mediante canulización femoral a un transductor de presión y se provocó hemorragia mediante corte de la cola 75%, más 15% de hemorragia por vía femoral, la sangre fue guardada como esquema de transfusión al final del experimento en cada animal. Los grupos fueron: Grupo 1 (control) no resucitación NR, grupo 2 resucitación 60 minutos un bolo de solución salina hipertónica al 7.5% HTS (1 hora) y grupo 3 resucitación 120 minutos, dos bolos de HTS (uno cada hora). **Resultados:** La mortalidad del grupo 1 fue del 100%, los grupos 2 y 3 demostraron recuperación del estado de choque después de la resucitación, ello demostrado por la recuperación en los parámetros vitales y bioquímicos (mejoría en el déficit de base y lactato sérico). La sobrevida durante el procedimiento no tuvo diferencias significativas aunque a las 24 horas en el grupo 2 se obtuvo 60% y en el grupo 3 se obtuvo 30% de las ratas Wistar. **Conclusiones:** El empleo de la solución salina hipertónica como método de resucitación en el estado de choque prolongado por hemorragia no controlada permite prolongar el tiempo hasta el control definitivo de la hemorragia empleando un segundo bolo sin repercusión importante en la mortalidad temprana.

47

REACCIÓN PERITONEAL INDUCIDA POR INOCULACIÓN DE MICROCYN60 EN CAVIDAD ABDOMINAL DE RATAS WISTAR

Javier Moreno Jáuregui. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional Universitario SSA, El Trapiche, Colima

Introducción: En la actualidad se encuentran buen número de variedades de antisépticos disponibles en el mercado, de los cuales se ha tratado de encontrar el que sería el antiséptico ideal. Uno de estos antisépticos son las aguas superoxidadas, las cuales dependiendo del proceso de elaboración se han clasificado por su pH, en: ácidas, neutras y alcalinas. Estas aguas superoxidadas se han empleado en la medicina; inicialmente con las aguas superoxidadas ácidas y alcalinas las cuales mostraron ciertas desventajas como son la inestabilidad, tiempo de vida corto e incompatibilidad tisular. Recientemente se ha logrado producir un agua superoxidada de pH neutro (Microcyn60) que disminuye estas desventajas al proporcionarle mayor estabilidad, mayor tiempo de vida y mejor compatibilidad tisular. Con base en esto y ya que en la literatura no se reportan estudios experimentales básicos que lo sustenten en el presente estudio se determinó la reacción tisular inducida por el Microcyn60 inoculado a cavidad peritoneal con el propósito de apoyar la hipótesis de que el Microcyn60 tiene mejor compatibilidad tisular donde se buscó la presencia o ausencia de inflamación, en un modelo animal. **Hipótesis:** No existe reacción inflamatoria del peritoneo parietal de ratas Wistar, posterior a la inoculación en cavidad abdominal de Microcyn60. **Objetivo:** Determinar la presencia o no de reacción inflamatoria del peritoneo parietal de ratas Wistar, posterior a la inoculación en cavidad abdominal de Microcyn60. **Material y métodos:** **Diseño:** Básico experimental. **Tamaño de muestra:** 20 ratas hembras de la variedad Wistar. Análisis estadístico. Se obtuvieron medidas de tendencia central y de dispersión. Para la realización de este estudio, se utilizaron 20 ratas hembras de la variedad Wistar de entre 220 y 290 g, de 6 a 12 semanas de edad. Cada uno de los sujetos de experimentación fue pesado y numerado en forma secuencial; se realizaron 4 grupos al azar los cuales se nombraron A, B, C y D. A los grupos A, B y C se les administró el equivalente en centímetros cúbicos a 5% de su peso, de Microcyn60 a través de una inyección intraperitoneal con una aguja Veress. Al grupo D se le administró el equivalente en centímetros cúbicos a 5% de su peso de solución para diálisis peritoneal. Se tomaron biopsia de peritoneo parietal a las 24 h al grupo A, a las 48 h al grupo B y a las 72 h al grupo C, posterior a la inoculación de Microcyn60, estas muestras se mandaron al Departamento de Patología donde el personal desconocía de qué grupo provenía la muestra, se les practicó estudio histopatológico, se compararon entre sí y con el grupo referencia. Al grupo D que se inoculó solución de diálisis, se tomaron biopsias a las 24 h las cuales se mandaron al Departamento de Patología y éstas se tomaron como grupo de referencia. Una vez que se contó con los resultados histopatológicos de cada una de las muestras se procedió a la elaboración de la base de datos, para su análisis. **Resultados:** De los grupos A, B y C los resultados de histopatología reportaron sin actividad inflamatoria las muestras de peritoneo parietal. **Conclusiones:** El Microcyn60 no induce reacción inflamatoria a nivel de peritoneo parietal en los sujetos de investigación ya que las propiedades físicas y la composición química de las aguas superoxidadas varía, las propiedades químicas de Microcyn60 le otorgan las mismas aplicaciones que las aguas superoxidadas ácidas sin el inconveniente de la incompatibilidad tisular de éstas, motivo por el cual las muestras de peritoneo parietal posterior a la inoculación de éste en cavidad peritoneal no muestran datos de inflamación aguda, en la cual se encontraría mediada por los neutrófilos que predominan en el infiltrado inflamatorio durante las primeras 6 a 24 h, y posteriormente son sustituidos por monocitos a las 24 a 48 h.

48

USO DE ZAFIRLUKAST VERSUS PRAVASTATINA PARA DISMINUIR LA FORMACIÓN DE ADHERENCIAS POSTOPERATORIAS, MODELO EXPERIMENTAL EN RATAS

Alejandro González Ojeda, Álvarez VAS, González MS, Medrano MF, Ramírez CJP, Prieto AR, Preito DCHE, Portilla DBE, Vázquez CG, Fuentes OC. Unidad de Investigación. Hospital de Especialidades IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Las adherencias peritoneales son una consecuencia inevitable de la cirugía abdominal, y son una causa significativa de morbilidad postoperatoria. Pueden ocasionar cuadros repetitivos de dolor abdominal y/o cuadros de obstrucción abdominal que requerirán hospitalizaciones en algún momento de su presentación. Las adherencias postoperatorias causan hasta el 70% de las oclusiones intestinales en los países desarrollados, además del 6% de los reingresos después de realizarse una cirugía abdominal o pélvica y pueden ser causa de infertilidad y dolor abdominal crónico. Los esfuerzos hacia la prevención de las adherencias pélvicas se han ido haciendo cada día mayores debido a la gran morbilidad y los altos costos que conllevan. En Estados Unidos durante 1988 se invirtieron \$254.9 millones de dólares en hospitalización de pacientes que consultaron por dolor pélvico y requirieron adherenciólisis para su tratamiento, además se invirtieron \$925 millones de dólares en honorarios médicos, para un total de \$1,179.9 millones de dólares, sin tener en cuenta las pérdidas debido a la incapacidad laboral que se generó. Por lo que el lograr evitar la formación de adherencias tiene un gran impacto al mejorar el pronóstico de aquellas personas que se someten a cualquier tipo de cirugía abdominal y pélvica. Se propone un modelo experimental con dos medicamentos vía oral, un antileucotrieno:

Zafirlukast por su actividad antiinflamatoria creemos disminuirá la formación de adherencias, modificando la cascada de la inflamación a nivel celular, y pravastatina un inhibidor de la Hidroximetil-glutaril Coenzima A, con acción fibrinolítica, buscando esta misma acción a nivel peritoneal, evitando con esto la formación de adherencias. **Objetivo:** Evaluar la efectividad del zafirlukast versus pravastatina en la disminución de la formación de adherencias postoperatorias en un modelo experimental en rata. **Material y métodos:** Se utilizaron ratas de la cepa Sprague-Dawley de 250-300 g de peso manejadas bajo condiciones de bioterio, divididas en 3 grupos de 10 ratas cada uno. Grupo 1 o grupo control con realización de adherencias por despullamiento del ciego y pared abdominal. Grupo 3. Realización de adherencias y administración de zafirlukast vía oral 0.86 mg/día/7 días. Grupo 4. Realización de adherencias más administración de pravastatina vía oral 0.86 mg/día/7 días. Se reintervinieron al octavo día, para evaluación de las variables: Clasificación macroscópica de adherencias según Knightly. Clasificación microscópica según Zühkle, y medición de mieloperoxidasa por gramo de tejido. Se utilizaron frecuencias, porcentajes y prueba de Kruskal-Wallis para variables ordinales. Se planea promedios, desviaciones estándar y t Student para variables cuantitativas.

Resultados: Se validó el modelo de creación de adherencias, encontrando en la valoración macroscópica del grupo control tuvimos 100% de adherencias tipo 4, En el grupo zafirlukast, 70% de adherencias tipo 2, 10% tipo 1, 10% sin adherencias y 10% tipo 3. En el grupo pravastatina, 70% tipo 3, 10% tipo 1, 10% tipo 2 y 10% tipo 4. Al analizar el grupo pravastatina versus el control encontramos una $p = 0.00013$. Grupo zafirlukast versus el control encontramos una $p = 0.000035$. Ambos a favor de los grupos de intervención. Al analizar el grupo zafirlukast versus pravastatina encontramos una $p = 0.007$ a favor del grupo zafirlukast. Está pendiente la valoración microscópica y la cuantificación de mieloperoxidasa por gramos de tejido. **Conclusiones:** El uso de zafirlukast mostró ser más efectivo que la pravastatina para disminuir la formación de adherencias postoperatorias, así mismo ambos medicamentos muestran efectividad para disminuir adherencias con respecto al control, esto en la valoración clínica. Se necesita completar el estudio, evaluando las variables microscópicas y niveles de mieloperoxidasa por gramo de tejido para dar mayor validación a los hallazgos clínicos.

MÓDULO: CIRUGÍA GINECOLÓGICA

49

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA GINECOLÓGICA

Carlos Campos Castillo, Rodea RH, Alcaraz HG, Garza FH, Rubio SM, Díaz CC, Sorias G, López SC, Hurtado M, García PM. Servicio de Cirugía. Hospital General de México, O.D. SSA, México, D.F.

Introducción: Hace 25 años presentamos el primer trabajo de la Asociación Mexicana de Cirugía General de 500 histerectomías intrafaciales con la finalidad de prevenir la lesión de los uréteres y en el último Congreso de la Asociación presentamos nuestra experiencia sobre 4,327 casos de cirugía ginecológica intervenidos en 3 años haciendo algunas recomendaciones para evitar estas complicaciones; sin embargo, nunca habíamos observado a una paciente postoperada de patología ginecológica que hubiera presentado tantas complicaciones juntas, como en el presente caso clínico. **Objetivo:** El objetivo de esta presentación es comunicar nuestra experiencia en el diagnóstico y manejo quirúrgico de estos difíciles casos a los que puede enfrentarse el cirujano general. **Material y métodos:** Siendo la cirugía ginecológica una de las 10 causas de egreso del Servicio de Cirugía General, se revisaron 4,237 casos entre un total de 12,839 pacientes intervenidos en el HGM en 3 años sin encontrar ningún paciente que presentara tantas complicaciones juntas como el presente caso, toda vez que la cirugía ginecológica representa la tercera causa de atención quirúrgica en nuestra institución. **Resultados:** Se trata de paciente femenino de 41 años de edad con antecedente de haber sido intervenida quirúrgicamente hace 8 años de histerectomía y salpingooforectomía del lado derecho, la cual inicia su padecimiento actual aproximadamente 8 horas antes de ingresar a esta institución luego de haber sido intervenida quirúrgicamente en otro hospital en el que se realiza LAPE por quiste torcido de ovario izquierdo, el cual fue resecado habiendo presentado sangrado transoperatorio, siendo empaquetada con compresas la cavidad abdominal y enviada al Servicio de Urgencias de este hospital en donde se presenta con distensión abdominal y datos de choque hipovolémico por lo que es reintervenida, realizándole: Desempaquetamiento (2 compresas), lavado de cavidad, ferulización y anastomosis de uréter izquierdo por lesión en la cirugía previa, resección de sigmoides (12 cm), entero-anastomosis término-terminal de sigmoides, control hemostático, colocación de Penrose por haber encontrado hemiperitoneo (800 cc), sección de uréter izquierdo y acodamiento de doble uréter, necrosis de sigmoides. Pasa a terapia intensiva y al día siguiente se reinterviene por sangrado activo, empaquetando la cavidad abdominal nuevamente con compresas. Posteriormente, presenta otra vez sangrado y se reinterviene volviendo a empaquetar el abdomen, y colocando Penrose, finalmente, se vuelve a meter a cirugía por cuarta ocasión para desempaquetamiento, coloración de 2 Penrose, lava-

do de cavidad, control hemostático, sección de uréter izquierdo y acodamiento de doble uréter, necrosis de sigmoides, uroperitoneo (500 cc). En total, esta paciente presentó las siguientes complicaciones: sección de uréter, perforación de colon, sangrado, infección, sepsis abdominal, fístula urinaria, reintervenciones múltiples, estancia en terapia, intubación prolongada. **Conclusiones:** La detección oportuna de la patología ginecológica adquiere en la actualidad gran importancia para disminuir su morbilidad y prevenir sus complicaciones. La participación de grupos multidisciplinarios es básica en este tipo de patología. La protocolización del paciente mediante historia clínica adecuada, estudios de imagen y la ferulización de los uréteres, es determinante para evitar las complicaciones. El conocimiento profundo de la anatomía quirúrgica de esta región mediante la capacitación del equipo es fundamental, para evitar el llamado caos abdominal como en el presente caso.

50

LA ENSEÑANZA DE LA ANATOMÍA QUIRÚRGICA GINECOLÓGICA PARA EL CIRUJANO GENERAL

Carlos Campos Castillo, López SC, Garza FH, Díaz CC, González V, Hurtado LM, Zaldívar R. Servicio de Cirugía. Hospital General de México, O.D. SSA, México, D.F.

Introducción: El adecuado conocimiento de la anatomía quirúrgica ginecológica es de vital valor para el cirujano general, dado que durante su práctica profesional, se enfrentará en múltiples ocasiones a problemas relacionados a esta área. En el Hospital General de México, que es un hospital de género, la cirugía ginecológica ocupa el tercer lugar después de la cirugía de pared abdominal y de la cirugía de vesícula de vías biliares por lo que es muy importante el profundo conocimiento de esta región para evitar las complicaciones posibles al practicar este tipo de cirugías. **Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es dar a conocer la experiencia en la enseñanza de la anatomía quirúrgica ginecológica durante el entrenamiento de cirujanos generales, misma que ha repercutido en una baja sensible en la frecuencia de complicaciones. **Material y métodos:** Presentamos la experiencia acumulada en más de 1,000 disecciones de cadáver durante la cátedra de anatomía quirúrgica de postgrado en la demostración de estructuras anatómicas femeninas pelvianas y sus relaciones, poniendo énfasis en puntos que históricamente son sitios frecuentes de lesión. Es importante hacer notar el hecho de que las disecciones realizadas fueron hechas en cadáveres frescos, que es el modelo más parecido al paciente vivo. **Resultados:** La práctica de las disecciones anatómicas en cadáver ha disminuido en nuestra institución la frecuencia de lesiones hasta en menos del 1%. **Conclusiones:** El adecuado manejo de la anatomía ginecológica, repercute directamente en un decremento en la frecuencia de lesiones durante procedimientos ginecológicos, como histerectomía abdominal, vaginal, manejo de tumores de ovario o cirugía de la estática pelviana. La literatura mundial reconoce una frecuencia de lesión de uretero durante la histerectomía del 1 al 4% y la lesión vesical en este procedimiento, así como en la cirugía estática pélvica del 2 al 3%, las características propias de nuestro hospital hacen que la cirugía ginecológica sea el 3er procedimiento más frecuentemente realizado por el cirujano general, después de la cirugía de pared de vía biliar, teniendo una frecuencia de lesión de dichas estructuras menor al 1%. Estamos seguros que este hecho se debe a que durante el entrenamiento de nuestros cirujanos se intensifica el conocimiento de las relaciones de diversas estructuras anatómicas ginecológicas, lo cual le brinda al cirujano la seguridad de diseccionar en forma adecuada todas las estructuras de la pelvis femenina durante los procedimientos de cirugía ginecológica. El conocimiento profundo de la anatomía pélvica en el grupo multidisciplinario es definitivo para evitar las lesiones múltiples conocidas como «caos abdominal» que refieren algunos autores en la literatura internacional cuando se intervienen las grandes masas pélvicas a los que se puede enfrentar el cirujano general.

51

DISPOSITIVO INTRAUTERINO EN CAVIDAD ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO

Pedro Román Parra Padilla, Bastida SAE, Perea LH. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Zona 47 IMSS, México, D.F.

Introducción: Los dispositivos intrauterinos más conocidos como DIU, son pequeños sistemas de metal (generalmente de cobre) o plástico, diseñados para introducirse en el interior del útero. Los dispositivos intrauterinos se utilizan como método anticonceptivo desde el siglo IV a.C. **Reporte del caso:** Femenino de 44 años de edad, con antecedente de aplicación de dispositivo intrauterino en 1977, posteriormente con diagnóstico de adenoma hipofisiario en 1999, recibiendo tratamiento médico a base de prolactina. Posteriormente en diciembre de 2000 se diagnóstica miomatosis uterina por presentar trastornos menstruales, con presencia de sangrado transvaginal importante, iniciando protocolo de estudio y realizando intervención quirúrgica en noviembre de 2001, con diagnóstico postoperatorio de miomatosis uterina de pequeños elementos. A fines de 2004 presenta dolor a

nivel inguinal izquierdo el cual migra hacia el cuadrante superior abdominal izquierdo, realizando radiografía simple de abdomen donde se detecta cuerpo extraño en cavidad abdominal, motivo por el que es enviada al Servicio de Cirugía General para su manejo con diagnóstico de cuerpo extraño en cavidad abdominal, el que pasó inadvertido durante el procedimiento quirúrgico previo, clasificado como material de sutura. Se realiza ultrasonido, el cual se reporta como estudio negativo para determinar situación de dispositivo intrauterino en cavidad abdominal; se solicita tránsito intestinal y radiografía lateral de abdomen, localizando cuerpo extraño fuera de asas intestinales, situado anterior al colon transversal. Se programa y realiza procedimiento quirúrgico vía laparoscópica mediante el cual se localiza artefacto «DIU» que se localiza incluido en el epiplón a nivel de hipocondrio izquierdo, se realizan maniobras de liberación y se extrae pieza. Se maneja vigilancia de la paciente durante 24 horas y al día siguiente se egresa de la unidad por mejoría clínica, se cita posteriormente y se otorga alta definitiva del servicio sin complicaciones. **Conclusiones:** Esta entidad es una complicación rara de los dispositivos intrauterinos. Se han planteado numerosas complicaciones asociadas al uso de los DIU, como son: enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, la expulsión del dispositivo, la perforación uterina y el paso del DIU a la cavidad abdominal entre otras. Varias teorías tratan de explicar los mecanismos en virtud de los cuales los DIU's pueden llegar a la cavidad abdominal como son: Migración espontánea del DIU correctamente colocado hacia el peritoneo pelviano. Penetración de la porción distal del dispositivo en el músculo uterino en el momento de la inserción y se considera que posteriormente a las contracciones del órgano durante los meses siguientes sea impulsado éste hacia la cavidad peritoneal. Paso del DIU a través de una solución de continuidad del útero, producida en el momento de su colocación. En realidad resulta imposible determinar el mecanismo por el cual el DIU pasó a la cavidad abdominal y produjo esta rara complicación.

52

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EL CÁNCER VULVAR

José Antonio Ortiz Gil, Sandoval MKE, González DS. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México SSA, México, D.F.

Introducción: Aunque la incidencia de cáncer de vulva invasivo parece estar creciendo, aún es relativamente raro: es tan sólo el 3 ó 5% de todos los cánceres del sistema genital femenino, y es más común en mujeres mayores. La mayoría de estos cánceres se desarrolla en los labios mayores, los pliegues externos del aparato genital externo. Otros lugares comunes incluyen los pliegues interiores (labios menores), el clítoris y el área situada alrededor del orificio urinario. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de una paciente femenina de 69 años, que ingresa al Servicio de Cirugía General con antecedente de tumoración inguinal derecha, de aprox. 3 x 3 cm doloroso a la palpación, además de presentar flujo constante, fétido, picazón aproximadamente de 3 años de evolución sin tratamiento específico, dolor en región vaginal, disuria, a la exploración física se encuentra úlcera pequeña en región vaginal en la región vulvar de aprox. 1 x 1 cm refiriendo no sanar y presentarla desde hace 1 año sin tratamiento alguno, por lo cual se toma biopsia del sitio de la lesión reportando el Servicio de Patología como cáncer vulvar, la paciente se ingresa al servicio para la realización de preparación preoperatoria, en donde se encuentra leucopenia, y anemia crónica, las cuales se reponen y se somete a la paciente por las condiciones que presenta a intervención quirúrgica, para la realización de vulvectomía más linfadenectomía inguinal derecha, sin contratiempos en la cirugía, la paciente presenta una buena evolución postoperatoria dándose de alta del servicio con manejo conjunto con el Servicio de Oncología. **Conclusiones:** La vulva es la piel y el tejido graso entre la parte superior de los muslos de la mujer; desde la área del ano hasta más o menos una pulgada (2.54 cm) por debajo de la línea del vello púbico. El cáncer de la vulva afecta con mayor frecuencia los dos pliegues de piel alrededor de la vagina conocidos con el nombre de labios. El cáncer vulvar no es muy común. Sin embargo, es muy grave puesto que puede afectar el funcionamiento sexual de la mujer. Puede hacer que el sexo sea difícil y doloroso. Esto hace que algunas mujeres se sientan tristes y sin ningún valor. Si se detecta temprano, el cáncer vulvar tiene una tasa de curación alta y las opciones de tratamiento incluyen menos cirugías. El cáncer vulvar con mayor frecuencia afecta a las mujeres entre 65 y 75 años de edad. Sin embargo, también puede ocurrir en mujeres de 40 años de edad o más jóvenes. El cáncer vulvar puede estar relacionado con las verrugas genitales; una enfermedad transmitida sexualmente que es causada por el virus de papiloma humano (VPH). Los síntomas más comunes que presentan estos pacientes son: Comezón vulvar que dura más de un mes, una cortada o úlcera en la vulva que no sana. Un abultamiento o masa en la vulva. Dolor en la vulva. Sangrado que sale de la vulva y que es diferente del sangrado mensual usual. Sensación de ardor en el área que continúa aun después de que su médico le ha tratado este ardor. Cualquier cambio en el tamaño, color o textura de una marca de nacimiento o de un lunar en el área vulvar. Se debe tomar una pequeña muestra de piel para examinarla bajo el microscopio. Una biopsia es la única forma de saber si se tiene cáncer vulvar. El cáncer vulvar usualmente se trata con cirugía. El tipo de

cirugía depende del tamaño, profundidad y expansión del cáncer. El médico debe revisar todas las opciones para cirugía y se comentarán los pros y los contras de cada opción. Algunas personas también pueden necesitar terapia de radiación. Cuando el cáncer vulvar es detectado y tratado al comienzo de la enfermedad la tasa de curación es mayor que 90 por ciento. La clave para la cura es hablar con el médico temprano acerca de cualquier señal de alarma y hacerse una biopsia enseguida.

53

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO TRANSOPERATORIO EN TUMORES OVÁRICOS

Guillermo Rivas Santana, Gordillo GCA, González JL, Navarrete VR
Servicio de Cirugía. Hospital General SubZona IMSS, Nuevo Casas Grandes, Chihuahua

Introducción: El estudio histopatológico transoperatorio, introducido en 1891 por William Welsh y cuya técnica permanece casi inalterada, es una importante herramienta en la toma de decisiones intraoperatorias. Su utilidad en tumores de ovario está fuera de todo cuestionamiento. Con valores predictivos positivos cercanos al 90% y altos porcentajes de sensibilidad y especificidad, ha logrado un lugar en el armento diagnóstico difícil de igualar. Sin embargo, este procedimiento se encuentra subutilizado y, aunque algunos servicios lo solicitan prácticamente de rutina, como es el caso de oncología, otros departamentos lo solicitan en forma más bien esporádica, perdiéndose de los importantes beneficios de la adopción de una conducta intraoperatoria definitiva. **Objetivo:** Reportar y analizar los resultados histopatológicos de todos los tumores ováricos sometidos a cirugía durante el año de 2007. Con especial énfasis en aquellos en los que se solicitó estudio transoperatorio y en aquellos que, no habiendo solicitado dicho estudio, resultaron positivos para malignidad en el reporte definitivo. Analizamos los motivos para omitir el estudio, las circunstancias para diferir el diagnóstico (en el caso de patología), la correlación entre estudio por congelación y estudio definitivo y el impacto que el diagnóstico intraoperatorio tuvo en la cirugía. **Material y métodos:** Revisión retrospectiva de todos los reportes de patología de tumores ováricos sometidos a cirugía desde el primero de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre del mismo año. Analizamos, diagnósticos preoperatorios, transoperatorios, si los hubo, y diagnóstico definitivo. Causas de omisión del procedimiento y/o diferimiento del diagnóstico, e impacto del reporte transoperatorio en la radicalidad de la cirugía. **Resultados:** Encontramos 115 casos de «tumores ováricos» como diagnóstico preoperatorio. La gran mayoría benignos (106). El principal diagnóstico definitivo fue cistadenoma con 40 casos, seguido de quiste folicular (27) y teratoma maduro (12). Sólo encontramos 9 casos de malignidad: 6 tumores limitrofes, un tumor de Sertoli-Leydig, uno de la teca granulosa y dos epiteliales. Sólo en 10 casos se solicitó estudio transoperatorio: 3 de los tumores limitrofes, con dos reportes de positividad para limitrofe y uno negativo. El reporte transoperatorio fue diferido en 3 ocasiones: en tumor de la teca y granulosa, en Sertoli-Leydig y en un cistadenoma mucinoso. Fue concluyente en un fibrotecoma y en los únicos dos casos de carcinoma epitelial. Encontramos que no se solicitó estudio transoperatorio aún y cuando la edad y el volumen de la tumoración lo ameritaban. El reporte transoperatorio influyó sólo en algunos casos, para la radicalidad de la cirugía. **Conclusiones:** El estudio transoperatorio se encuentra subutilizado en nuestro medio, aunque se destaca la poca frecuencia de lesiones malignas. La mayoría de las pocas veces que se utilizó el procedimiento, fue por una fuerte sospecha clínica de malignidad por parte del cirujano. Los resultados fueron diferidos y, en ocasiones erróneos en los casos de tumores no epiteliales, mucinosos benignos y limitrofes, lo cual concuerda con la literatura. Los tumores francamente malignos epiteliales son diagnosticados intraoperatoriamente con gran seguridad. El reporte transoperatorio debería haber influenciado la cirugía en todos los casos, creemos que no ocurrió así por preferencia del cirujano o por menor experiencia en el área oncológica.

54

QUISTE GIGANTE DE OVARIO

Leopoldo Cinto Aguilar, Pérez AJ, Romero BC. Servicio de Cirugía General. HGR 36 San Alejandro IMSS, Puebla, Puebla

Introducción: Todo crecimiento tumoral en el abdomen en la mujer, debe ser estudiado para determinar el origen y el tipo, los tumores más frecuentes son los quistes que se originan de los anexos, en muchas de las ocasiones pasan desapercibidos y son detectados en estudios por imagen o por hallazgos quirúrgicos. De los quistes que se desarrollan pueden mostrar un cuadro agudo que requiere tratamiento quirúrgico urgente y pueden confundirse con otras patologías como apendicitis complicada, piosalpinx, hidrosalpinx, o lesiones de víscera hueca. De los estudios para detectar quistes el ultrasonido (US) ha sido el más certero conjuntamente con una correlación clínica, pero los retos a los que se enfrenta, es poder diferenciar por imagen un quiste gigante de ovario con un quiste del mesenterio, sobre todo cuando se originan un cuadro agudo que re-

quiere una pronta atención. **Reporte del caso:** Paciente de 32 años de edad, obesa con 135 kg de peso, 2 años de evolución, con antecedentes de aumento de volumen abdominal, dolor moderado en hipogastrio, y recibió tratamiento para la obesidad a base de dietas e incluso propuesta para tratamiento para cirugía bariátrica, valorada por ginecología por persistencia del dolor en anexos descartando patología ginecológica, le efectuaron US abdominal y pélvico reportando la presencia de un quiste gigante de mesenterio, la paciente llegó al Servicio de Urgencias del hospital presentando dolor abdominal intenso, datos de insuficiencia respiratoria con disnea de medianos y pequeños esfuerzos, datos de suboclusión intestinal, sin canalizar gases por recto, edema de miembros inferiores y cambios dérmicos en abdomen con paquidermitis, se le realizaron estudios básicos de Bh, QS, TP, TPT, ES, Tele de tórax, Rx de abdomen y US de urgencia, concluyendo en el Dx de quiste gigante de mesenterio: Dadas las condiciones de la paciente se programa para intervención quirúrgica de urgencia, se le da apoyo ventilatorio, se emplea anestesia general con intubación orotraqueal, y se realiza laparotomía exploradora, teniendo como hallazgo un quiste gigante de ovario izquierdo y pequeños quistes en ovario derecho, se resecaron, el quiste gigante midió 60 x 52 x 52 cm, pesó 35 kg: Se efectuó plástica abdominal con resección dermolipémicas; el postoperatorio fue satisfactorio, mejorando en todos los síntomas preoperatorios, la paciente fue dada de alta a las 48 horas. Reporte de patología: fue de un quiste gigante de ovario, cistoadenoma seroso. **Conclusiones:** Si bien es cierto que los quistes gigantes de ovario pueden confundirse con quistes de mesenterio en los estudios de US, llama la atención que no se insistió en una correlación clínica adecuada y con los estudios necesarios como urografía escretora, TAC, o resonancia magnética cuando iniciaba su cuadro, el tratar de bajar de peso a una paciente con abdomen globoso que llegó al extremo de presentar insuficiencia respiratoria, insuficiencia circulatoria y hasta datos de oclusión intestinal, además valorada por ginecología sin poder diferenciar el diagnóstico, nos pone a pensar en ser más cautos e insistentes para otorgar tratamiento oportuno, no debemos olvidar la historia clínica. De agosto de 2006 a agosto de 2007 se reportaron 3 casos de quistes mesentéricos, los hallazgos quirúrgicos fueron todos quistes de ovario, el que presentamos fue uno de ellos.

55

TUMOR DE KRUKENBERG. REPORTE DE UN CASO CON MORFOLOGÍA INUSUAL

Jorge Marmolejo Estrada. Servicio de Cirugía General. Hospital Centro Médico Nacional «La Raza», IMSS, México, D.F.

Introducción: Las metástasis ováricas de cáncer gástrico, tradicionalmente se han denominado tumor de Krukenberg en honor al médico que las describió. La Organización Mundial para la Salud (OMS), ha elaborado dos criterios básicos para el diagnóstico de tumor de Krukenberg: a) Metástasis ovárica, b) Existencia de proliferación pseudo-sacomatosa del estroma ovárico. La explicación a la importante reacción desmoplásica no ha sido aclarada por completo, se cree que las células neoplásicas epiteliales, a través de productos tumorales, inducen una importante reacción proliferativa del estroma ovárico, con células fusadas y abundante depósito de colágena. La vía de diseminación continúa como una incógnita, posiblemente se produce por vía peritoneal o hematogena, menos probable por vía linfática. Del 70-90% de los adenocarcinomas mucoscretorios que causan el tumor de Krukenberg se originan en la mucosa gástrica, un 14% se origina en la mucosa colónica y un 5% en páncreas o vesícula biliar y un 2% apendicular. En un porcentaje muy bajo puede ser secundario a un carcinoma de extradiestivos como tiroides, mama o vejiga. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 46 años de edad, quien inicia PA seis meses antes de su ingreso con aumento de volumen en hipocondrio inicialmente confundido con embarazo, de crecimiento rápido y posteriormente doloroso, es estudiada encontrando tumoración pélvica de origen a determinar, se realiza endoscopia con presencia de Ca gástrico con toma de biopsia que reporta adenocarcinoma con presencia de células en anillo de sello, con abundante reacción desmoplásica. Se somete a cirugía realizando resección de dos tumoraciones dependientes de ovario derecho de aspecto cerebroide de aprox. 14 x 9 cm con peso de 950 g y otro de. **Conclusiones:** El pronóstico de una paciente con tumor de Krukenberg es extremadamente pobre, con sobre vida de 3 a 10 meses, sólo el 10% sobrevive más de 2 años desde el diagnóstico.

56

RESECCIÓN DE CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA

Ricardo Blas Azotla, Cruz RH, Blas MM, Castelán HE, Blas MR. Servicio de Cirugía General. Hospital Ángeles Mocel IMSS, México D.F.

Introducción: El manejo tradicional de las lesiones anexiales ha sido la laparotomía, pero en los últimos 15 años gracias al avance de la cirugía mínimamente invasiva, estos procedimientos se han hecho cada vez más

frecuentes y más conservadores, y en la actualidad, toda cirugía anexial debería ser realizada por laparoscopia en pacientes adecuadamente seleccionadas. Dentro de la patología benigna de ovario, los cistoadenomas serosos aparecen como los más frecuentes, tanto en la literatura nacional como extranjera. **Reporte del caso:** Se trató de paciente femenino de 17 años de edad con padecimiento actual de 5 meses de evolución, caracterizado por aumento de volumen en región abdominal paramedio derecho, con pérdida parcial de peso, así como dificultad para la respiración, agregándose luego estreñimiento y dolor moderado. A la exploración física con cardiopulmonar estable. Abdomen plano, con tumoración palpable en hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis audible. Resto sin alteraciones aparentes. El reporte de los estudios: USG abdominal con gran lesión quística que ocupa epigastrio, mesogastrio e hipocondrio derecho, a descartar como primera posibilidad quiste de colédoco vs mesenterio. Se realizó TAC de abdomen reportando tumoración quística intraabdominal de predominio paramedial derecha de 189 x 159 mm aprox., de probable origen mesentérico. Se procedió a realizar abordaje laparoscópico, con drenaje de quiste y localización de su origen, procediéndose posteriormente a la resección del mismo sin complicaciones. **Conclusiones:** El abordaje quirúrgico de la mayoría de lesiones anexiales, debe ser realizado vía laparoscópica, en pacientes adecuadamente seleccionadas, ya que la posibilidad de encontrarse con una lesión maligna es muy baja (1-2%). En caso de pacientes con lesiones anexiales dudosas en cuanto a benignidad, el abordaje laparoscópico diagnóstico, muchas veces evita una laparotomía, ya que la alta sensibilidad y especificidad de este examen, permite confirmar o descartar la presencia de un cáncer en la mayoría de los casos. En caso de rotura de la pared del quiste, que puede ocurrir tanto por laparoscopia como por laparotomía, debe realizarse una rápida y adecuada aspiración e irrigación con abundante suero fisiológico, para evitar la peritonitis química en caso de quiste dermoide y la diseminación de células malignas, en caso de tumor ovárico no diagnosticado. Los tiempos quirúrgicos en relación a la laparotomía se han igualado, incluso, son menores, con las ventajas que significa un menor dolor postoperatorio, menor morbilidad infecciosa, altas precoces y mejores resultados cosméticos.

57

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE TERATOMA GIGANTE DE OVARIO DERECHO

Juan José Granados Romero, Fuentes MF, Alarcón PHE, Garduño RO. Hospital General de México SSA, México, D.F.

Introducción: Los tumores germinales constituyen el 30% de los tumores ováricos. El 95% o más son teratomas maduros quísticos y son benignos. Están compuestos por una variedad de tejidos derivados de las tres capas embrionarias, endodermo, mesodermo y ectodermo. Se clasifican, de acuerdo a la madurez de los tejidos que los componen, en teratomas maduros e inmaduros. Los teratomas maduros se desarrollan a partir de división partenogénica del óvulo luego de la primera división meiótica. Es el tumor germinal más frecuente, comprendiendo entre 27 a 44% de los tumores primarios del ovario. El 80% se observa durante la edad reproductiva, principalmente en las primeras dos décadas de la vida, pero también puede observarse en mujeres postmenopáusicas. Son comúnmente quísticos y el porcentaje de bilateralidad es de aproximadamente 20%. Actualmente son diagnosticados de manera precoz gracias a los estudios ecográficos. La indicación quirúrgica viene dada por los síntomas clínicos y por las complicaciones que provocan: torsión ovárica, rotura, infección y posible degeneración. En los últimos años, la laparoscopia se está imponiendo como el método quirúrgico de elección en su tratamiento. **Reporte del caso:** Femenina de 16 años de edad sin antecedentes personales de importancia, la cual inicia su padecimiento 24 h previas a su ingreso con dolor localizado en fosa iliaca derecha punzante, intenso sin modificación a los cambios de posición, se acompaña de náuseas sin llegar al vómito, no fiebre, a la exploración física se encuentra abdomen, distendido, con resistencia muscular, Mcburney, rebote, rovsing, psoas y obturador positivos, se solicita biometría hemática la cual se encuentra con leucocitosis de 14,000, a expensas de neutrófilos 92% y 3% de bandas, con tales datos se conforma diagnóstico de apendicitis por lo cual se decide pasar a quirófano programando apendicectomía laparoscópica. Se usan 3 puertos para abordaje pélvico umbilical de 10 mm, suprapúbico 5 mm y en línea media clavicular izquierda último de 12 mm, se realiza laparoscopia en la cual se aprecia tumor quístico de ovario derecho de 25 x 20 cm aproximadamente, el cual se aprecia torcido con compromiso vascular por lo cual se procede a su resección con ooforectomía derecha usando engrapadora de tipo endopath de 45 mm, se introduce endo bolsa en la cual se realiza trituración de quiste para lograr su extracción sin contaminación de la cavidad, se realiza revisión de cavidad con buena hemostasia y se finaliza procedimiento. **Conclusiones:** Los teratomas maduros, su extirpación está indicada por sus posibles complicaciones: infección, rotura, torsión del anexo o degeneración maligna. La malignización es muy rara en este periodo de edad y ocurre generalmente después de la menopausia. La torsión del anexo es una complicación frecuente en la juventud, debido a que en esta edad el útero es pequeño en proporción al ovario, y éste se encuentra situado en

una posición más alta y con escaso tejido conectivo de anclaje. Diferentes estudios proponen la laparoscopia como técnica de elección en la extirpación de masas ováricas. Según exponen los diferentes autores su utilidad no se limita a la resección tumoral, sino que ofrece la posibilidad de tomar biopsias bajo visión directa y valorar la resecabilidad del tumor. En el caso de nuestra paciente la laparoscopia tomó papel diagnóstico terapéutica sin complicaciones ofreciendo una morbilidad menor con respecto al procedimiento abierto. Las críticas al tratamiento de los tumores ováricos mediante laparoscopia se basan, sobre todo, en la posible dispersión de células provocada por el neumoperitoneo que puede generar una peritonitis química y una diseminación tumoral con un aumento del riesgo en los casos de tumores malignos.

58

RESECCIÓN DE QUISTE GIGANTE BILOBULADO DE OVARIO POR VÍA LAPAROSCÓPICA, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rocío Ramírez Cruz, Ley MLA, Linarte MLC, Moreno AE, Villegas TP, Huerta AA, Sánchez BMR. Servicio de Cirugía General. HGZ 30 IMSS, Estado de México

Introducción: Las estrategias de tratamiento de los quistes de ovario están determinadas por edad, síntomas, tamaño del quiste y estructura. Sin embargo, el protocolo de estudio en la Norma Oficial Mexicana considera que se debe delimitar el carácter benigno o pb maligno del quiste. Diversos estudios han demostrado que el abordaje laparoscópico de quistes mayores a 10 cm de etiología benigna ya sea cistoadenoma, quistes dermoides, etc.; disminuye el sangrado, dolor en el postoperatorio, estancia intrahospitalaria, disminución de íleo postoperatorio, así como recuperación más rápida sin dejar a un lado las mejoras estéticas. Presentamos un caso de quiste gigante de ovario que inicialmente se contempló como único teniendo como hallazgo transoperatorio quiste bilobulado. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de femenino de 21 años, originaria del D.F. menarca a los 11 años, eumenorreica, con vida sexual activa. Padecimiento actual 9 meses de evolución con aumento progresivo de volumen abdominal, sensación de plenitud postprandial, sensación de pesantez pélvica, disnea de grandes esfuerzos. A la exploración física se encuentra tumoración abdominal fija no dolorosa, a tensión, resalta la presencia de insuficiencia venosa en miembros pélvicos. La tomografía axial computarizada abdominal reportó presencia de lesión quística que ocupa abdomen y pelvis desde el piso que desplaza asas externamente y órganos abdominales hacia la parte superior y vejiga con compresión en su piso. Se solicitaron marcadores tumorales con el fin de descartar probable origen maligno. Con resultados B-HCG, CA -125, α -fetoproteína dentro de límites normales. Para reducir las limitaciones de la laparoscopia, se realizó un primer tiempo quirúrgico con drenaje bajo visualización directa a través de incisión supraumbilical de 10 mm, donde se extrajo 12 litros de líquido claro. En segundo tiempo quirúrgico se realiza por vía laparoscopia revisión de cavidad y se observa segunda cámara de quiste la cual fue drenada. Se realiza con electrocauterio resección de cápsula y posterior exteriorización de la misma de consistencia elástica, observando quiste de mayor volumen 36 x 25 x 20, quiste accesorio 20 x 25. No se presentaron complicaciones durante el trans-postoperatorio dándose de alta la paciente al segundo día. El estudio de histopatología reveló cistoadenoma. **Conclusiones:** El abordaje laparoscópico de los quistes gigantes de ovario puede ser complicado debido al riesgo de ruptura y el trabajar en un espacio limitado. Los quistes de ovario pueden ser estudiados por ultrasonografía y tomografía axial computarizada, para determinar su potencial benigno o maligno, además de las características propias a la exploración y con ayuda de marcadores tumorales como el Ca 125 que el de mayor sensibilidad. La literatura refiere que el tratamiento por vía laparoscópica está recomendada únicamente para quistes menores de 10 cm por las dificultades técnicas que se pueden presentar al introducir los trócares y que se produzca perforación del quiste y que se disemine el contenido del quiste hacia la cavidad con alto riesgo de complicaciones como peritonitis o expansión de masa tumoral. Sin embargo, Sagiv R y cols. ha demostrado que con una adecuada selección de las pacientes, el tamaño de un quiste no necesariamente constituye una contraindicación para la cirugía laparoscópica. Se reporta que en primer estancia la punción aspiración guiada por ultrasonografía es el método de elección, sin embargo demostramos que la aspiración por visualización directa puede ser segura si el quiste es de tamaño considerable, ya que además la incisión es usada para la aspiración, es utilizada como puerto para el resto de la cirugía. La resección laparoscópica de un quiste gigante bilobulado después del drenaje por visualización directa es segura y aplicable como modalidad terapéutica.

59

TERATOMA OVÁRICO CON LÍMITES QUIRÚRGICOS LIBRES DE LESIÓN EN ABDOMEN AGUDO POR QUISTE TORCIDO DE OVARIO DERECHO

José Francisco Guardado Ayala. Servicio de Cirugía General. Hospital Maternidad CIVAC S.C. Jiutepec, Morelos

Introducción: Las situaciones patológicas abdominoperitoneales de emergencia creadas por la neoplasia maligna del ovario pueden causar cuadros clínicos de abdomen agudo que requieren intervenciones de urgencia estando dentro de las más frecuentes la oclusión, hemoperitoneo y la torsión etc. **Reporte del caso:** Femenina de 33 años de edad la cual ingresa con dolor abdominal en FID intenso súbito, náusea y vómito de una hora de evolución a la exploración física intranquila, facies de dolor actitud antiálgica, cardiopulmonar sdp FID, robsing (+), se realiza usg con datos de quiste ovárico de 8 cm derecho con edema y líquido libre en cavidad; integró sus laboratorios Hb 13 mg, Hto 30%, leucos 13,000, Tp 12seg, tpt 30 seg, se procede a realizar intervención quirúrgica urgente con hallazgo de quiste ovárico torcido completo de 9 cm, abundante líquido libre en cavidad y se realiza rutina ovárica ooforectomía unilateral, apendicectomía, omentectomía parcial, y biopsia de diafragma, así como lavado peritoneal son resultados de patología de teratoma maligno de ovario derecho con límites quirúrgicos libres de lesión, apéndice cecal sin lesión tumoral, epilón sin lesiones tumorales, líquido peritoneal sin lesión tumoral y biopsia diafragmática negativa para lesión neoplásica, evolucionando satisfactoriamente la paciente se realizan marcadores tumorales alfafetoproteína y Ca 125 de control a los 8 días de cirugía negativos actualmente la paciente se encuentra con buena evolución postquirúrgica tardía en control con ultrasonidos y marcadores tumorales. **Conclusiones:** El cirujano general debe estar capacitado para resolución de urgencias oncológicas o ginecológicas quirúrgicas para poder ofrecer los mejores resultados posibles al paciente estando descrito que el acto quirúrgico de urgencia oncológica debe limitarse a resolver la emergencia quirúrgica y extracción del tumor.

60

CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE

Sergio Salvador Chávez Acevedo, Cruz LN. Servicio de Cirugía General. Hospital Integral de Nuevo Ideal Durango SSA, Distrito Federal

Introducción: El cistoadenoma seroso de ovario es el tumor más frecuente de aquellos que provienen del epitelio celómico superficial. Las variedades benigna, limitrofe y maligna representan, en conjunto, 30% aproximadamente de todos los tumores del ovario. Alrededor de 75% son benignos o de malignidad limitrofe y 25%, malignos. Hay tumores pequeños macroscópicamente y tumores masivos que ocupan toda la pelvis e incluso la cavidad abdominal. Estas frecuentes neoplasias quísticas uniloculares están tapizadas por células epiteliales altas, cilíndricas y ciliadas, llenas de un líquido seroso claro y de superficie lisa con abundantes vasos, se consideran como quistes gigantes de ovario aquellos mayores a 5 kg. Las características clínicas son muy inespecíficas, dolor pélvico, síntomas compresivos, síntomas gastrointestinales vagos, respiratorios, puede simular ascitis y enmascararse por obesidad. El riesgo de presentar tumores epiteliales se incrementa con el paso de la edad, ya que pese a que la declinación de la función ovárica marca el envejecimiento gonadal progresivo, el ovario humano nunca pierde su capacidad para generar tumores. Por lo general, cuando es detectado, su tamaño es grande, en donde la imagenología puede ayudarnos a considerar su diagnóstico. **Reporte del caso:** Se trata de femenino de 26 años de edad, nivel socioeconómico bajo que es vista en el Hospital General de Cuernavaca SSA. Con antecedente de más de 18 meses de evolución de cuadro insidioso y de curso progresivo, caracterizado por aumento de volumen a nivel abdominal, de predominio en epigastrio, meso e hipogastrio con sensación de pesantez pélvica y dolor intermitente. Sin antecedentes familiares o personales de importancia. Con los siguientes A.G.O: G0, P0, IVSA a los 14 años, 1 pareja sexual, sin uso de planificación familiar. A la exploración física sistema TA 110/70 mmHg, FC 78x', temperatura 36.8 °C peso 68 kg y cardiopulmonario sin compromiso. Abdomen con distensión a expensas de tumoración abdominal de consistencia indurada en epigastrio mesogastrio e hipogastrio, móvil lateralmente y doloroso a esta maniobra, con múltiples vívices, signos de oleada positivos. Resto de la exploración sin alteraciones aparentes. En los exámenes de laboratorio con hemoglobina 11.8 g/dl, hematocrito 35.7%; leucocitos 6,500/mg; CA 125 35 U/ml. Imagen sonográfica mostró imagen anecoica de paredes lisas no tabicado de característica quística de origen pélvico anexial, probable cistoadenoma de 26 x 15 cm. Perfiles hepático y de coagulación sin alteraciones. Se decidió beneficio quirúrgico realizándose laparotomía exploradora, incisión media supra e infraumbilical con hallazgos operatorios de líquido peritoneal 600 ml de característica citrina, tumoración quística gigante de anexo derecho que ocupa toda la cavidad abdominal, con adherencias laxas en cara posterior y base a las asas intestinales. Ovario izquierdo con características macroscópicas normales. Útero de 8 cm, el anexo derecho fusionado a la tumoración. Se realizó la salpingooforectomía derecha con exéresis tumoral de paredes lisas, unilocular, vascularizado con arteria nutricia de la ovárica derecha de aproximadamente 15 x 10 x 20 cm con peso de 22 kg, se mandó a su estudio histopatológico con reporte de cistadenoma seroso de ovario. Evolución postoperatoria sin complicaciones. **Conclusiones:** Los tumores sintomáticos deben ser valorados con prontitud. La intervención quirúrgica se justifica en caso de dolor intenso o sospecha de malignidad. Si se sospecha un

quiste maligno a cualquier edad, deberá efectuarse con prontitud laparotomía exploradora. En casos de tumoraciones benignas el pronóstico es favorable, sin embargo es necesario protocolizar adecuadamente en el diagnóstico de las tumoraciones ováricas dado por su diversidad. Siempre para llegar al diagnóstico es necesario una buena historia clínica y exploración física, exámenes de laboratorio, marcadores tumorales así como estudios de gabinete que orienten hacia el diagnóstico.

61

QUISTE ENDOMETRIÓSICO EXTRAPÉLVICO GIGANTE, PRESENTACIÓN DE UN CASO EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Alan Roberto García Marín, Méndez MA, Hernández MN, Trías U, Sánchez AE, Cruz MI. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México SSA, México, D.F.

Introducción: *Antecedentes:* La localización de tejido endometrial tanto en la cavidad pélvica como fuera de ella es rara, sólo el 5% de las pacientes presentan compromiso ovárico detectable en el examen pélvico, las lesiones pueden ser pequeñas 20 cm son raras. Se han reportado en la literatura lesiones extrauterinas, una de ellas hepática en 1986 donde se pretendió documentar como una transformación a malignidad a expensas de un sarcoma endometrial, por otro lado afección intestinal con cuadros suboclusivos. La presentación extrapélvica peritoneal gigante aún no se reporta en la literatura. *Objetivos:* Presentamos un caso clínico de tumoración gigante de abdomen asociada a dolor abdominal intermitente, cíclico en una mujer de la edad fértil, con diagnóstico histopatológico de quiste endometriósico gigante, el que por su localización peritoneal extrapélvica es un caso excepcional. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 47 años, ama de casa, originaria de Puebla, que como antecedentes de importancia: Antecedentes ginecoobstétricos menarca a los 16 años, con ciclos regulares de 30 x 4, dismenorreicos, FUM hace 15 días, IVSA a los 26 años, con 1 pareja sexual, sin protección, G1, P0, C0, A1, no utiliza MPF, DOCMA y DOC negados; ingresó al Servicio de Cirugía General con padecimiento de 1 año de evolución con la aparición de dolor abdominal insidioso, notándolo con periodicidad mensual, durante los últimos 4 días del periodo catamenial, resolución completa de forma espontánea, punzante, moderada intensidad, en cuadrantes inferiores, sin irradiaciones, sin exacerbantes ni atenuantes, aumento del perímetro abdominal de forma progresiva, pérdida de peso de 30 kg; hiporexia, astenia y adinamia. Exploración física con signos vitales de TA de 120/80 mmHg, FC de 82x', FR de 22x', temperatura de 37 °C, IMC 37.3. Femenino de edad aparente mayor a la cronológica, orientada, consciente, subhidratada, con palidez generalizada, robusta, actitud libre, íntegra, marcha no valorable. Tórax en tonel, con movimientos de amplexión y amplexión disminuidos, murmullo vesicular audible, pero disminuido de intensidad, en ambos hemitórax, ruidos cardiacos sin agregados. Abdomen globoso, sin irritación peritoneal, blando, con dolor a la palpación media y profunda, se palpa tumoración de 30 x 20 cm, desde epigastrio hasta hueco pélvico, móvil, no dolorosa, consistencia dura, bordes lisos, regulares, bien definidos, sin soplos, sin visceromegalias, sin plastrones, con matidez en zona de la tumoración, peristalsis presente normoactiva. Extremidades sin compromiso, tacto vaginal normal, tacto rectal normal. LAB: Hb de 13, Hto de 40%, Leucocitos de 9,000, neutros 72%, linfos de 20%, plaquetas de 279,000, glucosa de 378, Cr de 1.0, Urea 44, BT 0.7, TGO 18, TGP 15, amilasa 79, DHL de 102, Na 140, K 4.3 Tac abdominal con presencia de imagen hiperdensa desde la porción alta del abdomen hasta el hueco pélvico, de bordes bien definidos, la cual refuerza parcialmente con el medio de contraste IV, no dependiente de tubo digestivo el cual se observa desplazado a la derecha, con diagnóstico de tumoración pb dependiente de mesenterio a descartar quiste mesentérico vs cistoadenoma de ovario. **Resultados:** Se decidió laparotomía exploradora encontrando tumoración renitente blanquecina rojiza con trayectos vasculares, con adherencias laxas a epilión que se localizaba desde el hueco pélvico al epigastrio, la cual se diseca de forma roma y cortante, extrayendo pieza quirúrgica sin complicaciones. El resultado histopatológico: lesión quística de 2,500 g de 22 x 19 x 10 cm de superficie lisa café gris, con vasos aparentes, al corte salida de abundante líquido café oscuro, aspecto achocolatado, espesor de la pared es de 6 mm, superficie interna café gris, con áreas de tejido café oscuro irregular de consistencia pastosa, diagnosticada como quiste endometriósico con extensa hialinización parietal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, se egresa con adecuada tolerancia a la vía oral y corrección de la sintomatología en el seguimiento. **Conclusiones:** Las lesiones endometriósicas gigantes son raras, más aún las extrapélvicas, de incidencia no estimada, la literatura internacional sólo reporta casos anecdóticos de afección a diversos órganos. El presente es un caso de endometrioma extrapélvico peritoneal de diagnóstico incidental, con sintomatología inespecífica de dolor abdominal tipo cólico recurrente cíclico, siendo presentación excepcional de endometriosis.

62

QUISTE GIGANTE DE OVARIO

Hugo César Perea Lara, Parra PP, Bastida SA, Reyes EJ, Sepúlveda GE Servicio de Cirugía General. HGZ 47 IMSS, México, D.F.

Introducción: Los tumores del ovario son raros en la edad pediátrica y los quistes funcionales son más frecuentes al final de la edad escolar y la adolescencia. Los aspectos clínicos e histopatológicos de los tumores del ovario en niñas y adolescentes son diferentes de los que se presentan en las mujeres adultas. Las neoplasias primarias son el tipo más frecuente de tumor ginecológico en niñas menores de 15 años de edad. Los tumores del ovario constituyen del 1 al 3% de todas las enfermedades malignas en la edad pediátrica; se presentan aprox. de 27 a 50 casos por cada 100,000 ingresos pediátricos. Los tumores de células germinales, constituyen alrededor del 5% de todos los tipos de cánceres ováricos que aparecen a cualquier edad y en la edad pediátrica son los más frecuentes, siguiendo los derivados del estroma, de células epiteliales y al final los misceláneos. **Reporte del caso:** Se trata de paciente escolar femenino de 11 años de edad con antecedentes de amigdalectomía y alergia a sulfas, quien cuenta con cuadros de dolor abdominal intermitente en cuadrante inferior derecho tratados como colitis sin mejoría; niega sintomatología genitourinaria. Un día previo a su internamiento, presenta agudización del dolor abdominal asociado a náuseas y vómitos de contenido gástrico y constipación, por persistencia de síntomas, acude al Servicio de Urgencias del HGZ 47 del IMSS. A la EF se encuentra femenino escolar consciente, hidratada, fascies álgica, intranquila; cabeza y tórax sin patología agregada; abdomen con panículo adiposo, dolor a la palpación media y profunda en abdomen de predominio en FID y sin datos francos de irritación peritoneal, se le realizan exámenes de laboratorio que reportan sólo leucocitosis de 18,300 y reacciones febriles negativas, demás dentro de límites normales; en la evaluación posterior sin grandes cambios desde el punto de vista clínico, pero con disminución de la leucocitosis a 11,700; las rx de abdomen sólo con algunos niveles hidroaéreos. Sin embargo por persistencia y localización del dolor, se le realiza LAPE donde se encuentra quiste gigante necrótico y torcido de ovario derecho desplazado hacia la línea media, éste media aprox. 25 cm de diámetro, por lo que se realiza salpingooforectomía derecha y apendicectomía incidental por periapendicitis; por evolución postoperatoria satisfactoria es egresada del hospital a los 2 días de estancia. El RHP quiste simple de ovario derecho. Actualmente en control por los Servicios de Ginecología y Cirugía del hospital. Actualmente se acepta que los tumores del ovario provienen de uno de los 3 elementos siguientes: 1. Del epitelio celómico superficial, del revestimiento endometrial o de las glándulas endocervicales. 2. De las células germinales y 3. Del estroma ovárico. Los tumores de células germinales constituyen el mayor porcentaje de todos los tumores del ovario; la inmensa mayoría son teratomas quísticos benignos, pero los restantes, que se observan principalmente en niñas y mujeres jóvenes, ofrecen con más frecuencia un comportamiento maligno y dan lugar a problemas de diagnóstico histológico y de tratamiento. Existen muchas clases de tumores de ovario, tanto benignos como malignos, atendiendo a su comportamiento biológico, lo que reviste importancia en el presente caso. **Conclusiones:** Los tumores ováricos en la edad pediátrica son entidades raras, por lo tanto en ocasiones de complejidad diagnóstica; es importante tener conocimiento de ellos y un alto índice de sospecha para una evaluación completa en el momento de enfrentarse a una paciente en el grupo de edad referido, ya que como en este caso, se pensó como origen de su dolor en otros órganos abdominales.

63

QUISTE GIGANTE DE OVARIO, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Laura Campos Durán, Sánchez CA, Esperón LI, Trejo SJ, Bolaños L, Casanova JA. Servicio de Cirugía General. Hospital General Xoco, SSDF, México, D.F.

Introducción: Los tumores de origen ovárico constituyen del 30 al 60% de todos los tumores abdominales en el adulto femenino. El tumor más frecuente es el quiste de ovario no neoplásico, siendo el 50% de origen folicular, mientras que el cistoadenoma, el teratoma quístico y el tumor de células granulosas son extremadamente raros. Con la utilización del ultrasonido, el diagnóstico de quiste de ovario se ha realizado con mayor frecuencia en los últimos años. El conocimiento de la prevalencia, la localización y la apariencia ecográfica de las lesiones quísticas pueden ayudar a sugerir el diagnóstico. Los quistes de ovario presentan una alta incidencia y un porcentaje elevado se presenta como hallazgo transoperatorio y como causa de abdomen agudo, las tumoraciones abdominales en mujeres tienen diferente tipo de abordaje diagnóstico terapéutico dependiendo de factores bien establecidos como la edad, la paridad, manejo hormonal, entre otros, el tratamiento cuando éstas producen abdomen agudo en todos los casos es quirúrgico. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 43 años de edad quien ingresa al Servicio de Urgencias de nuestro hospital con el antecedente de dolor abdominal de 5 días de evolución, localizado a mesogastrio, la exploración física difícil debido a obesidad mórbida, dejaba evidencia de abdomen agudo con irritación peritoneal, y residencia muscular voluntaria por dolor, se realizó ultrasonido abdominal en el que se reporta escaso líquido libre en cavidad sin otra alteración y diámetro apendicular aumentado, es llevada a quirófano bajo la sospecha de apendicitis aguda con el hallazgo transoperatorio de quiste de ovario gigante

de 35 x 28 cm de diámetro y peso de 6 kg, apéndice cecal y resto de órganos intraabdominales de aspecto macroscópico normal, se realiza salpingooforectomía derecha y se realiza toma de biopsia de epiplón, ganglios, peritoneo y lavado peritoneal, los cuales resultan negativos, con el Dx de cistoadenoma de ovario, la paciente presenta marcadores tumorales negativos, y es egresada para manejo ambulatorio y control por consulta externa al momento sin evidencia de complicación. **Conclusiones:** En el caso particular de la paciente debido a obesidad mórbida probablemente el estudio de ultrasonido no mostró evidencia de una lesión quística de gran dimensión, y bajo la sospecha diagnóstica de apendicitis se decidió intervenir quirúrgicamente, con el hallazgo transoperatorio comentado, con la consiguiente modificación transoperatoria del plan quirúrgico, por lo que es conveniente realizar una exploración imagenológica completa incluso con TAC abdominal en pacientes en quienes la exploración física es difícil con cuadro de abdomen agudo antes de decidir una conducta terapéutica.

MÓDULO: CIRUGÍA ONCOLÓGICA (NO GASTROINTESTINAL)

64

MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA. ¿CON O SIN PECTORAL MENOR?

Guillermo Rivas Santana, Gordillo GCA, González JL, Navarrete VR. Servicio de Cirugía. Hospital General Sub-Zona IMSS, Nuevo Casas Grandes, Chihuahua

Introducción: El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama fue, científicamente establecido, desde los trabajos de Halsted y Meyer en 1889, con la «mastectomía radical». Algunos autores modificaron, posteriormente la técnica, para hacerla más «agresiva» como Handley en 1906 y Urban en 1952. Ante los malos resultados obtenidos, se intentaron modificaciones menos radicales surgiendo así las técnicas de Patey en 1948 y la de Madden en 1964, que, al mejorar los resultados funcionales, se han convertido en el estándar del tratamiento quirúrgico en cáncer de mama. La única diferencia entre estas dos técnicas es la conservación del músculo pectoral menor (Madden). Los defensores de la técnica de Patey creen que la extirpación del pectoral menor posibilita una mejor disección de la axila y asegura el estudio de ganglios interpectores, dejando, a cambio un mínimo defecto funcional. Los defensores de la técnica de Madden aseguran que la dificultad para la disección axilar es mínima, que la disección del nivel interpectoral es posible y que el beneficio funcional no debe menospreciarse. **Objetivo:** Comparar los resultados de ambas técnicas de mastectomía radical modificada en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Durango México, en relación a tiempo anestésico-quirúrgico, sangrado intraoperatorio, dificultad técnica, número de ganglios resecaados, complicaciones postoperatorias y tiempo de hospitalización postoperatoria. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de todos los casos de cáncer de mama sometidos a mastectomía radical modificada en el Hospital General del IMSS de la ciudad de Durango, México durante los meses de enero a abril inclusive de 2008. Consultamos: Las estadísticas de quirófano, los resultados en expedientes del Servicio de Patología y los expedientes clínicos en archivo. Se involucraron 2 cirujanos (un oncólogo y un ginecólogo-oncólogo) que no habían tenido conocimiento del estudio. Se efectuó revisión de la literatura médica. **Resultados:** Encontramos 17 casos de pacientes sometidas a mastectomía radical modificada: 10 casos con técnica de Madden (conservando el músculo pectoral menor) y 7 casos con técnica de Patey (con resección del músculo). La duración de la anestesia fue de 186 minutos en promedio para Madden y 207 minutos para Patey. En relación al sangrado: el promedio para Madden fue de 650 ml y para Patey de 912. No encontramos diferencias importantes en el número de días de hospitalización: 2-3. El promedio de ganglios obtenidos con la técnica de Patey fue de 22, contra 16 en la de Madden. No reportamos complicaciones postoperatorias. Los cirujanos involucrados aceptaron convertir el reporte en preliminar y continuarlo en forma prospectiva 8 meses más. **Conclusiones:** Lo pequeño de nuestra muestra no nos permite tomar conclusiones definitivas. Sin embargo, parece que ambas técnicas ofrecen buenos resultados funcionales postoperatorios y muy similares posibilidades de control local de la enfermedad. La técnica más recomendable es la que el cirujano considere de su elección. Estas conclusiones están en concordancia con la opinión de investigadores internacionales.

65

TUMOR FILOIDES DE MAMA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Nicolás Saavedra Rojas, Durán NLA, Reyes AF, Serrano MI. Servicio de Cirugía General. Hospital General Huamantla SSA, Huamantla, Tlaxcala

Introducción: El término filoides deriva del vocablo griego *φυλλοειδής* que significa parecido a la hoja. La primera descripción detallada se atribuye a Johannes Müller quien en 1838 describió un tipo de tumor de contenido

quístico, de aspecto carnoso y con hendiduras en su interior semejantes a las hojas de un libro, al que denominó «cistosarcoma filoides». El tumor filoides (TF) es una rara neoplasia de la mama que representa el 1% de todos los tumores de mama y el 2 al 3% de los tumores fibroepiteliales de la mama. El TF se ha observado en mujeres con edades comprendidas entre 10 a 90 años con un pico entre los 30 y 40 años y sólo en pocos casos se ha reportado en hombres. El TF se suele presentar como una tumoración mamaria de consistencia firme, bien delimitada, usualmente indolora, móvil y no adherida a planos profundos ni a piel. Puede ser redondeado o multilobulado y localizado en cualquier cuadrante de la mama. Es característica la ausencia de ganglios linfáticos sospechosos en la exploración axilar. No suele cursar con alteraciones del complejo areola-pezones, y aunque puede aplanarlo por compresión extrínseca, nunca lo retrae y la telorragia es infrecuente y, cuando aparece, es debida a infartos espontáneos del tumor. La velocidad de crecimiento es muy variable, desde semanas a años, no implicando malignidad un crecimiento rápido, aunque este hecho siempre deba alertarnos. Con cierta frecuencia se trata de un tumor conocido por la enferma durante meses o años, que por su carácter estacionario y ausencia de molestias no se motiva a realizarse consulta médica hasta el momento en que desarrolla un rápido crecimiento. El tamaño en el momento del diagnóstico oscila entre 1 y 20 cm aunque existe un caso descrito de hasta 50 cm de diámetro máximo. La piel suprayacente al mismo, puede encontrarse adelgazada, dejando ver un retículo venoso ectásico que, cuando está presente, es típico de este tumor. La ulceración cutánea es excepcional y, en tal caso, es expresión de fenómenos distróficos de los tegumentos y no de infiltración neoplásica. Las lesiones multifocales o bilaterales son muy raras y el proceso de metastatización, se produce por vía hematogena pudiendo verse afectados órganos como pulmón, pleura, hueso, páncreas, sistema nervioso central, hígado, etc. Según lo descrito anteriormente, en general, es posible diferenciar un TF de un cáncer de mama con una simple exploración clínica. Es más problemático, en cambio, el diagnóstico diferencial con los fibroadenomas ya que no existen características clínicas específicas que hagan posible distinguirlos. De hecho se encuentran fibroadenomas coexistentes con el TF en un 40% de los casos, clínicamente inadvertidos. Los TF tumores se clasifican como benignos, borderline y malignos de acuerdo a criterios uniformes: benignos (0-4 mitosis/10 campos, márgenes bien delimitados, mínimo o moderado crecimiento estromal con mínima celularidad estromal y atipia, borderline (5-9 mitosis/10 campos, márgenes intermedios, celularidad estromal moderada, atipia y sobrecrecimiento), y malignos (10 mitosis/10 campos, márgenes invasivos moderada a marcada celularidad estromal, atipia, y sobrecrecimiento). Los componentes del TF son dos: el estromal y el epitelial. El TF nace del estroma periductal y normalmente contiene elementos lobulares dispersos. Se caracteriza por la expansión e incremento de la celularidad del componente estromal. Carecen de una verdadera cápsula, si bien se presentan bien delimitados del resto de tejido mamario sano. El componente estromal puede asumir los aspectos más variados entre un tumor y otro, o entre distintas zonas de un mismo tumor; puede aparecer bien diferenciado o mostrar el aspecto de un sarcoma anaplásico. En conjunto puede recordar al fibroma o al fibrosarcoma, al mixosarcoma o al liposarcoma y, en general, a toda la variedad de tumores mesenquimales. En algunas ocasiones pueden alternar zonas más o menos acelulares con otras francamente sarcomatoides y de aspecto anaplásico; de ahí la importancia de realizar un estudio seriado de las piezas. Por esto se considera necesaria la biopsia excisional para su correcto diagnóstico anatomopatológico. En cuanto a los estudios inmunohistoquímicos, el estroma del TF es vimentín-positivo. Una proporción variable de casos presentan reactividad a la actina y la desmina y las células estromales raramente muestran positividad a S-100. Recientemente se ha intentado demostrar mediante inmunohistoquímica la expresión en estos tumores del factor de crecimiento vascular endotelial en las células epiteliales y estromales para predecir el grado de malignidad del TF. Ante el hallazgo en la exploración mamaria de un tumor palpable, el primer escalón diagnóstico es el estudio de imagen mediante mamografía y/o ecografía, aunque no haya datos específicos referidos al TF, y su aspecto es el de una neoformación con características radiológicas de benignidad, puede haber calcificaciones de tipo benigno aunque en menor proporción que en los fibroadenomas. Destaca en la imagen de estos tumores la riqueza vascular que los acompaña. La mamografía no es concluyente para una determinación diagnóstica, pero informará sobre tamaño, situación y posibilidad de segundos tumores. La ecografía, a su vez, confirma la naturaleza sólida de un nódulo circunscrito en la mamografía y si presenta determinadas características como áreas quísticas, permite sospechar el diagnóstico de TF. La utilidad de la RNM en este tipo de tumoración viene dada en aquellos casos en los que interese evaluar su extensión real antes de la intervención, dado que ofrece un límite claro entre ésta y el tejido mamario sano, y la posible afectación de la pared torácica anterior. Dado que el TF es histológicamente heterogéneo, es necesaria una biopsia amplia para su diagnóstico. El estudio citológico y la biopsia con aguja gruesa no han demostrado buenos resultados. En ocasiones es difícil diferenciar el TF del fibroadenoma y el filoides benigno del borderline, incluso tras biopsia amplia, y será el seguimiento clínico el que nos dé el comportamiento biológico del tumor. La cirugía es el tratamiento de elección, la extensión de la

cirugía es controversial, particularmente para los TFs. Todos pueden recibir aunque la recurrencia local es baja en los benignos (4.75 a 30%) y notablemente alta en los borderline y malignos (30 a 65%). La mayoría de los autores sugieren una escisión amplia con un margen de 1 a 2 cm en todas direcciones. No existen claros beneficios del uso de quimioterápicos en este tipo de tumor ni en los casos de enfermedad metastásica. Algunos autores proponen el empleo de quimioterapia en aquellos casos de TF con marcado sobrecrecimiento estromal. En cuanto a la radioterapia, existen grupos que preconizan su uso tras la cirugía para evitar recidivas y aumentar el tiempo libre de enfermedad, sobre todo en los casos con factores pronósticos desfavorables añadidos, como el tamaño tumoral, el grado de actividad mitótica o el sobrecrecimiento estromal. **Reporte del caso:** VRG femenino de 63 años, campesina, originaria y residente de Huamantla, Tlaxcala. Con antecedente de tabaquismo desde los 30 años de edad. Inicia su padecimiento hace 9 años con aparición de masa en cuadrante superior externo de mama izquierda, con crecimiento progresivo asintomático, sin tratamiento específico, valorada clínicamente y mediante ultrasonografía, realizándole mastectomía al parecer sin complicaciones, no se realiza estudio anatomopatológico. Hace 3 años presenta nuevamente una tumoración en la misma región con crecimiento progresivo, agregándose 15 días previos a su ingreso ulceración y secreción purulenta fétida en dicha tumoración. A la exploración física se encuentra paciente consciente, tranquila, con buena coloración de tegumentos, regularmente hidratada, Karnofski de 100. TA 130/80 mmHg, FC 94x', FR 22x', temp. 38.5. Tórax; cardiopulmonar sin compromiso con presencia de tumoración que involucra toda la mama izquierda de 20 x 20 cm ulcerada con secreción purulenta, fluctuante, en abundante cantidad y múltiples áreas de necrosis, rodeada por áreas de estasis venosa, dolorosa a la palpación, de consistencia renitente, multilobulada, móvil, adherida a plano superficial, no se palpan adenopatías axilares. Mama derecha sin compromiso. Abdomen blando, depresible, no megalias, peristalsis normoactiva. Resto de la exploración sin compromiso aparente. Exámenes auxiliares: BH; hb 11.8, leucocitos 12,300, plaquetas 573,000 química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, tiempos de coagulación, CA 15-3, ACE los cuales se encontraron dentro de parámetros normales. Cultivo de secreción: *Staphylococcus saprophyticus* sensible a cefotaxima. TAC de tórax reporta tumoración de mama izquierda con datos de necrosis en su interior, negativo a metástasis pulmonares. Se realiza biopsia incisional que reporta reacción fibrosa de glándula mamaria negativo a células malignas, por lo anterior se decide realizar mastectomía simple sin disección axilar obteniéndose una tumoración de casi 21 x 15 x 14 cm con un peso de 1,440 g su borde anterior ulcerado, necrótico y fétido, encapsulado y no adherido a plano muscular. El reporte histopatológico reporta; tumor filoides, negativo a células malignas. Evolución postoperatoria satisfactoria. **Conclusiones:** Los TFs representan un grupo heterogéneo de tumores que comparten las mismas características macroscópicas con un resultado impredecible, cuyo pronóstico depende de las características histológicas y biológicas en vez de su comportamiento clínico. La cirugía sigue siendo la piedra angular del tratamiento que consiste en extirpación local amplia con márgenes adecuados de sano circundante tejido mamario en la terapia inicial.

66

CA. DE MAMA LOBULILLAR EN HOMBRES. REPORTE DE UN CASO
Raúl Obregón Patiño, Quiroz SA, Beylán VC, Uicab CW, Galindo OJ, Lechuga NJ, Escalante AE, Flores RO, Chacón RS, Acevedo VG, Fernández CA. Servicio de Cirugía General. Hospital Agustín O'Horan SSA, Mérida, Yucatán

Introducción: El cáncer de mama en el hombre es raro, representa cerca del 1% de todos los casos reportados de Ca. de mama y menos del 1% de los cánceres en el hombre, tiene mayor incidencia en la séptima década de la vida. Es de peor pronóstico comparado con el Ca. de mama en la mujer y el diagnóstico se establece en estadios más avanzados; se ha reportado una incidencia de hasta el 43% de los casos en estadio III, de los cuales un 30% se refieren a estadio IIIB y 13% a estadio IIIA. La estirpe histológica predominante es el carcinoma ductal (85%), en menor medida los carcinomas inflamatorios y enfermedad de Paget, y en muy raras ocasiones el carcinoma lobulillar *in situ*. Más del 90% de estos pacientes expresan receptores positivos a estrógenos, 81% a progesterona y hasta en un 5% a HER2/neu. Entre los factores de riesgo se encuentran: historia familiar de primera línea, enfermedad mamaria benigna e irradiación torácica previa. El papel del tabaquismo, alcoholismo, obesidad, exposición a radiación electromagnética, terapia hormonal o síndrome de Klinefelter no han sido bien esclarecidos. Debido a que la localización del Ca. de mama en el hombre es más superficial y central, tiene acceso más temprano a los ganglios linfáticos de la dermis, fascia pectoral y a los canales linfáticos subaerolares, con metástasis ganglionar en un 64%. La mamografía cuenta con una sensibilidad del 92% y una especificidad del 90%. El tratamiento de elección es quirúrgico, de acuerdo a la etapa clínica. El tratamiento sistémico adyuvante se basa en la edad, estado de afección ganglionar, nivel de receptores estrógenos y tamaño del tumor, así como la ploidía, fracción de células en fase S, amplificación del oncogén HER2/

neu y catepsina D; las recomendaciones actuales favorecen su uso en pacientes con ganglios positivos y tumor primario mayor de 1 cm. La radioterapia postquirúrgica reduce la recurrencia locoregional y mejora la sobrevida, se recomienda en pacientes con lesiones mayores de 5 cm, con afección cutánea, de la fascia o del plano muscular, en tumores poco diferenciados, con margen de resección positivo o con compromiso linfático. El tamoxifeno ha mostrado utilidad en pacientes con receptores positivos a estrógenos con una respuesta de hasta el 80%. La sobrevida reportada a los 5 años varía del 43 al 74%. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 53 años sin antecedentes hereditarios de importancia, poliomielitis desde los 6 años con cirugías correctivas en 18 ocasiones, síndrome del canal estrecho a nivel de L3, hipertensión arterial sistémica, fumador activo desde hace treinta años a razón de 5 cigarrillos al día, alérgico al medio de contraste. Inicia su padecimiento con aumento de volumen retroaerolar de mama izquierda de seis meses de evolución, a la exploración de aprox. 3 cm, de consistencia pétreo, móvil, de bordes irregulares, mal delimitado, mal definido, fijo a planos profundos, con retracción del pezón y doloroso a la palpación; y, adenomegalia axilar izquierda de 2 cm, móvil y única. El USG reporta lesión sólida en región retroaerolar izquierda de 12 mm, vascularizada. Se realiza BAAF de la lesión retroaerolar que reporta carcinoma lobulillar con grado nuclear 1 Black modificado; y BAAF del ganglio axilar con reporte de metástasis de carcinoma lobulillar. Se establece el diagnóstico de *cáncer de mama* izquierdo en etapa clínica IIB (T2, N1, M0) por lo que se realiza mastectomía radical modificada. El estudio histopatológico definitivo reporta carcinoma lobulillar pleomorfo con metástasis en 13 de 14 ganglios, con borde quirúrgico libre de carcinoma. **Conclusiones:** El carcinoma lobulillar es extremadamente raro en el sexo masculino. El tratamiento del cáncer de seno es multidisciplinario y va de acuerdo con el estadio o etapa clínica en que se presente, en este caso el manejo inicial fue con cirugía, quimioterapia y radioterapia hasta el momento con buena respuesta, y de acuerdo con los receptores hormonales y HER2/neu se valorará el uso de hormonoterapia.

67

TUMOR FILOIDES, REPORTE DE UN CASO

Carla Ruby Beylán Vázquez, Chacón RS, Galindo OJ, Flores RO, Lechuga NJ, Fernández CA, Obregón PR, Contreras V, Quintero RJ, Gómez CH, Bravo AU. Servicio de Cirugía General. Hospital Agustín O'Horan SSA, Mérida, Yucatán

Introducción: El tumor filoides es una variante poco frecuente del cáncer de mama, reportándose en menos del 1% de todos los cánceres de mama. Con frecuencia es grande, abultado y de crecimiento rápido. Histológicamente está formado por elementos epiteliales y un estroma de tejido conectivo. Se clasifican en: benignos, límites y malignos de acuerdo al crecimiento exagerado del estroma. Los clasificados como malignos oscilan entre el 2 y 5%. Se comportan como sarcomas por lo que principalmente dan metástasis a pulmón, hueso y mediastino, en menos del 5% de los casos se han reportado metástasis axilares. Se presentan en mujeres entre 35 y 55 años. Su tratamiento es la extirpación completa y no requiere de quimio ni radioterapia. La recurrencia principalmente es a nivel local por lo que se debe extirpar con un amplio margen de tejido sano alrededor. **Reporte del caso:** Femenino de 55 años, abuelo paterno fallecido por cáncer de próstata, niega enfermedades cronicodegenerativas e infectocontagiosas. Alérgica a la penicilina. Menarca a los 11 años, menopausia a los 50 años, núbil. Inicia su padecimiento hace dos años con aumento de volumen en los cuadrantes externos de la mama izquierda, con un crecimiento rápido y actualmente presentando un dolor. A la exploración física mama izquierda completamente deforme con masa de bordes muy irregulares, pétreo, mal delimitada y mal definida, con cambios de coloración de la piel. La mastografía concluye: nódulo de 7 por 10 cm en mama izquierda, se realiza biopsia incisional que reporta tumor filoides, por lo que se somete a mastectomía simple, con resultado histopatológico definitivo de *tumor filoides maligno* de alto grado con diferenciación a fibrosarcoma y osteosarcoma, con límites quirúrgicos negativos, y 7 de 7 ganglios con hiperplasia linfocitaria inespecífica, sin tumor. **Conclusiones:** El comportamiento clínico de este tipo de tumores en cuanto a recidiva local y metastásica no se relaciona con el grado del tumor, siendo muy difíciles las predicciones. Como estos tumores se comportan más como un sarcoma que como un tumor epitelial, raramente metastatizan a ganglios linfáticos, por lo que la mastectomía simple suele ser suficiente, como en nuestro caso, sin otro tratamiento adyuvante. El seguimiento debe ser anual con mastografía y tele de tórax, acompañado de exploración física periódica.

68

FIBROADENOMA EN ADOLESCENTES

Efraín Absalón Medina Villaseñor, Quezada-Adame I, Aboites L.J.L., Vega RBE, Rosario CM, Jiménez BS, Lozano MAI, Neyra OE, Alarcón VMA. Servicio de Cirugía Oncológica. Hospital Centro Oncológico Betania. Los Reyes La Paz, Estado de México

Introducción: La patología mamaria en las adolescentes es rara, cuando se presenta, en su mayoría son lesiones benignas. Los fibroadenomas son los tumores mamaros más frecuentes en esta etapa, son comunes en mujeres entre 20 y 35 años. Cuando se presenta en mujeres menores de 20 años se denomina fibroadenoma juvenil. El cuadro clínico consiste en lesiones nodulares de consistencia dura, evolución larga y no dolorosa. **Objetivo:** Describir las características clínico-patológicas de presentación del fibroadenoma en la población adolescente en un centro oncológico privado. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes con fibroadenoma juvenil que acudieron a nuestra unidad durante un periodo de 5 años. Se analizan las variables clínicas, histopatológicas, terapéuticas. **Resultados:** Se estudiaron 40 pacientes adolescentes que fueron operadas por diagnóstico preoperatorio de fibroadenoma. Se encontraron 40 mujeres, la edad promedio 16 años (rango 12-18 años). Las características clínicas fueron tumor mamario predominio cuadrante superior externo (75%), tamaño promedio 3 cm (2-5 cm), la duración de los síntomas en promedio fue 4 meses. En 35 pacientes la localización fue unilateral (87.5%) y en 5 (12.5%) bilateral. Se realizó biopsia por aspiración con aguja fina en todas las pacientes. El ultrasonido se realizó en todas las pacientes con hallazgos de nódulo sólido bien delimitado, de bordes regulares, con poco reforzamiento posterior, morfología regular o lobulada, ecoestructura homogénea, correcta transmisión sónica, sin alteración de la arquitectura mamaria. Se realizó tratamiento quirúrgico en todos los casos con exéresis del nódulo con un abordaje en piel perioareolar, no hubo complicaciones perioperatorias, en lesiones grandes se colocó drenaje Penrose el cual se retiró a las 48-72 h en promedio. Sólo se presentó una complicación: hematoma en una paciente con fibroadenoma de 5 cm, el cual se resolvió sin problemas mayores. El reporte histopatológico se corroboró en todos los casos. El resultado cosmético fue satisfactorio, sin presentar recurrencias o reporte de lesiones premalignas por patología. **Conclusiones:** Los tumores mamaros en la mujer adolescente corresponden a patología mamaria benigna, los fibroadenomas son los más frecuentes, sin embargo se debe diferenciar de otras neoplasias como hiperplasia ductal, adenosis, tumor phyllodes, papiloma intraductal, adenoma tubular y papiloma juvenil entre otros. Se sugiere la evaluación completa con biopsia con aguja fina y ultrasonido mamario. El tratamiento puede ser conservador, sin embargo por lo general es quirúrgico con escisión del tumor bajo anestesia general, con abordaje perioareolar con precaución en el manejo del tejido mamario en desarrollo así como la areola y el pezón. Es importante la correlación histopatológica, para diferenciar de otras patologías premalignas en las adolescentes que afortunadamente son extremadamente raras.

69

CARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO DE MAMA EN HOMBRES. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Jeslía Torres Morales, Treviño GF, Novoa ZA, Ramos A, Alcorta PG. Servicio de Cirugía. HSJ, Monterrey, Nuevo León

Introducción: Es bien sabido que aproximadamente el 1% de incidencia en cáncer de mama se presenta en hombres. El carcinoma adenoideo quístico (CAQ) de mama es un diagnóstico raro y corresponde a menos del 1% de los pacientes con diagnósticos con cáncer de mama, usualmente lo encontramos como reporte de casos y en algunas otras ocasiones como series de reporte en hospitales de concentración o especializados en patología mamaria, y su descripción en pacientes de sexo masculino es casi nula. **Reporte del caso:** Se describe el caso de un paciente de sexo masculino de 72 años de edad. Dentro de sus antecedentes de importancia cabe mencionar, origen alemán, religión judío, trabajó aproximadamente 15 años en la industria de la plata. Se presenta con datos de mastodinia, con aumento de volumen en la mama del lado derecho. En la exploración física se observa aumento de volumen de la mama derecha, sin retracciones o descarga a través del pezón. No se aprecia una masa palpable, no hay datos de adenopatía axilar, infra o supraclavicular. Se realiza mastectomía simple y se envía la muestra a biopsia transoperatoria. Diagnóstico de carcinoma de mama derecha. Se realizan estudios de extensión y se descartan metástasis. Se realiza vaciamiento axilar derecho. Se descarta la presencia de metástasis a ganglios. El diagnóstico definitivo reporta carcinoma adenoideo quístico de mama. **Conclusiones:** En los reportes literarios se ha demostrado que el CAQ de mama no suele presentarse radiológicamente como una lesión maligna y muchas veces esto puede hacer que su diagnóstico se retrase o confunda, especialmente en los hombres. La mastodinia es el principal síntoma en estos pacientes. En general el tratamiento quirúrgico conservador en los pacientes en los que se descarta enfermedad linfática es curativo.

70

EXENTERACIÓN ORBITARIA POR CARCINOMA EPIDERMÓIDE

Antonio Cervantes Zamora, Orea ED. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Puebla SSA, Tula de Allende, Hidalgo

Introducción: La órbita se divide en cuatro espacios que tiene implicaciones en el diagnóstico y el tratamiento: El superior orbitario o subperióstico, el periférico o extraconal, el intraconal y el episcleral o de Tenon. La órbita puede desarrollar enfermedades neoplásicas, vasculares, inflamatorias, quísticas, congénitas y granulomatosas que pueden simular una neoplasia, pero las verdaderas neoplasias representan sólo 22% de las afecciones orbitarias. Las neoplasias en la órbita pueden ser primarias, extenderse desde estructuras adyacentes (secundarias) o ser metástasis desde sitios distantes. El carcinoma epidermoide, constituye una de las neoplasias más prevalentes que pueden llegar a involucrar, por extensión, al globo ocular y la cavidad orbitaria. Por lo general, en la práctica se encuentra este tipo de neoplasias cuando se originan a partir de planos superficiales, ya sea de los anexos o superficie oculares. Tomando esto en consideración, por lo general es posible la detección y ablación temprana de este tipo de lesiones. En algunos casos, cuando la escisión de la lesión no es completa, la recidiva tiende a ser la regla, pudiéndose llegar a presentar por lo general varios meses después de la extirpación inicial. El diagnóstico temprano y el tratamiento apropiado son cruciales en la preservación de las estructuras y su función. La TAC permite evaluar el posible daño óseo, los tejidos blandos y la probable extensión intracranial. La exenteración orbitaria es el procedimiento radical más común en el tratamiento de los tumores orbitarios malignos primarios y está indicada en los tumores diseminados infiltrativos de los párpados y de la órbita no tratable por métodos más conservadores. En la exenteración radical, los párpados y todos los tejidos blandos de la órbita se remueven como unidad, mientras los huesos orbitarios se dejan intactos. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 43 años, quien acude al Servicio de Oncología por presentar crecimiento de masa palpebral en globo ocular izquierdo, sin antecedentes de importancia, que inicia su padecimiento aproximadamente un año atrás, con pérdida progresiva de la visión, encontrándose ausencia de percepción luminosa, amaurosis, sin poderse valorar los movimientos oculares, por la presencia de masa tumoral, de bordes irregulares, sangrante, con infiltración de prácticamente todos los anexos oculares y globo ocular, así como pérdida de la anatomía del mismo, de consistencia firme con dimensiones aproximadas en sentido vertical de 7 cm y horizontal de 5 centímetros. Se realizó diagnóstico clínico de probable carcinoma epidermoide invasivo a órbita y se plantea realizar procedimiento de exenteración orbitaria. La cual se realiza bajo anestesia general inhalatoria, delimitándose con bisturí de bordes quirúrgicos, incidiéndose aproximadamente a 1 cm del tejido neoplásico, sobre piel sana se disecciona con bisturí y electrocauterio de tejido peritumoral. Posteriormente se procede a separar periostio de huesos de cara y peri-órbita hasta la separación total en un solo bloque de todo el contenido orbitario. El análisis histopatológico concluyó, se trató de carcinoma epidermoide bien diferenciado en piel de párpado con infiltración de globo ocular izquierdo sin presencia de tumor en bordes quirúrgicos. En este momento en valoraciones subsecuentes el paciente se encuentra asintomático y sin evidencia de recurrencia tumoral. **Conclusiones:** La exenteración es el procedimiento más frecuentemente realizado para el tratamiento de neoplasias malignas de la órbita, indicada también para el tratamiento de cualquier extensión de tejido aneural primario o secundario, que no puede ser controlado con escisión simple o radioterapia. Comprende la extirpación del globo ocular con sus músculos extraoculares y el tejido blando de la órbita, con la indicación de erradicar presumiblemente las neoplasias y la infección, alivio del dolor intratable, así como la deformidad. El seguimiento inadecuado y el rezago socioeconómico en el que se ven inmersos algunos de los pacientes, los hace propensos a presentar lesiones francamente deformantes que incluso llegan a representar una verdadera amenaza para la vida, sobre todo, cuando la neoplasia llega a involucrar planos profundos o a presentar extensiones intracraniales.

71

AMELOBLASTOMA MAXILAR EN UNA MUJER DE 42 AÑOS

Rey Jesús Romero González, Villarreal GR. Servicio de Cirugía General. Hospital San José TEC de Monterrey ITESM, Monterrey, Nuevo León

Introducción: Aunque la maxilectomía es una cirugía devastante por las implicaciones estéticas y funcionales a las que conlleva, es necesario, en ocasiones llevarla a cabo. Entre las causas más comunes de maxilectomía está en primer lugar el carcinoma de células escamosas en un 60%, seguido del osteosarcoma en un 11%, el ameloblastoma mandibular, aunque es el tumor odontogénico más frecuente, todavía persiste como entidad rara para la cual se requiera maxilectomía, menos del 1% de las maxilectomías serán requeridas por un ameloblastoma mandibular. Por otro lado, el ameloblastoma maxilar, es una entidad 4 veces menos frecuente que el de tipo mandibular, por lo que la resección oncológica de este tipo de tumores no es común aún en los centros especializados. Y la reconstrucción estética en estos casos con el uso de colgajos es mandatoria. La importancia funcional del área reseca en estos pacientes hace que las complicaciones postquirúrgicas no sean poco frecuentes, por lo que el seguimiento postoperatorio representa parte fundamental en el tratamiento y rehabilitación secundaria a una maxilectomía. Se presenta el caso de una mujer de 42

años, a la cual se le realizó una maxilectomía por un ameloblastoma maxilar con reconstrucción posterior. **Reporte del caso:** Se trata de una mujer de 42 años de edad, originaria de Monterrey, Nuevo León, maestra de jardín de niños. Refiere sólo antecedentes familiares de madre con DM2 e HAS, y padre con un episodio de IAM. Acude a consulta por un cuadro que inicia 3 meses previos con dolor leve, difuso en zona superior de mejilla del lado izquierdo al ingerir alimentos y realizar aseo bucal. Un mes después refiere aumento progresivo de volumen en dicha zona, motivo por el que acude con médico dentista, quien la deriva con médico tratante. A la EF presenta aumento de volumen en región maxilar superior izquierda, de consistencia firme, no móvil, no bien delimitada, con dolor leve a la palpación, sin cambios de coloración en la piel. Limitación 20% al abrir la boca. No se palpan ganglios en cuello, retro o auriculares. En cavidad oral presenta aumento de volumen de la encía superlateral del lado izquierdo así como manchas blanquecinas difusas sobre encía del mismo lado. Se le realiza TAC con contraste en la cual se observa el antro maxilar del lado izquierdo, ocupado por lesión sólida, con invasión y destrucción de la pared posterior del maxilar, cóndilo petroso, además invade del antro maxilar a fosa subtemporal, presenta también aumento de volumen de las partes blandas premaxilares. Con los hallazgos y la sintomatología se programa para maxilectomía, la cual se realiza con una incisión, ésta abarca desde la parte inferior del piso de la órbita, siguiendo un trayecto medial al ala de la nariz izquierda hasta la línea media del labio superior. Se realiza la disección de la tumoración con resección de las 5 paredes de la maxila incluyendo el paladar, pero se respeta el piso de la órbita (maxilectomía tipo II), la biopsia transoperatoria muestra que los límites quirúrgicos están libres de tumor, por lo que se realiza disección del colgajo braquial para reconstrucción, pero por formación de hematoma en los vasos del colgajo se decide realizar la reconstrucción con injerto de piel de muslo y con prótesis dental previamente diseñada. La paciente es dada de alta al noveno día postquirúrgico con deglución adecuada, tolerando la vía oral y sin alteraciones visuales, en la permeabilidad nasal o en la fonación. **Conclusiones:** El ameloblastoma mandibular como causa de maxilectomía es raro, más raro aún es cuando la causa es un ameloblastoma maxilar. No contamos con estadísticas mexicanas en cuanto a la incidencia de ameloblastomas maxilares, esto debido, quizá, a la ausencia de reportes de este tipo de tumores en México. Por lo que es relevante reconocer y tratarlos adecuadamente. Tomando en cuenta los resultados estéticos como tema de suma importancia para la curación del paciente tanto en el ámbito médico-quirúrgico como psicológico.

72

ANGIOMIXOMA AGRESIVO DE PERINÉ Y PELVIS

Juan Manuel Hernández Quintero, Corona-Esquivel E, Miranda-López E, Román-Guzmán E, Calzada-Parrales D, Plata-Peredo E., Pérez-Huerta J, Mondragón-Sánchez R. Servicio de Cirugía. Hospital Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, Otumba de Gómez Farías, Estado de México

Introducción: Descrito en 1983, el angiomioma agresivo (AA) es una neoplasia mesenquimal mixoide con potencial infiltrativo y de alta recurrencia. Se trata de un tumor muy poco frecuente. Afecta la región pélvica y perineal de mujeres jóvenes predominantemente. Se presenta el caso de una mujer, referida a nuestra institución con un tumor perineal y pélvico de grandes dimensiones. **Reporte del caso:** Mujer de 32 años de edad, sin antecedentes relevantes para el padecimiento. Fue referida a nuestra institución con diagnóstico de hernia perineal. Durante la revisión inicial se identificó un tumor en región genital de 2 años de aparición, con crecimiento paulatino; que ocasionaba discretas molestias durante la marcha, el coito y frecuentemente prurito. En la región vulvar y perineal, se detectó un aumento de volumen que deformaba la topografía, lesión resistente, no pétreo y aparentemente proveniente del hueso pélvico. No se identificaron adenopatías regionales. El ultrasonograma mostró un tumor sólido sin identificar origen ni extensión exacta. La tomografía computada permitió identificar la lesión y su extensión. Sometida a cirugía, se realizó resección amplia de la lesión, identificándose un tumor pélvico con protrusión hacia el periné con un peso de 2,500 gramos. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria, cicatrización apropiada y sin recidiva de la lesión 2 años después. **Conclusiones:** Aunque no está clara la génesis de AA, se involucra al gen HMGIC del cromosoma 12. La lesión se presenta como una masa sólida, no encapsulada, que puede alcanzar grandes dimensiones. Histológicamente se caracteriza por la presencia de células miofibroblásticas, fibras de colágena e importante vascularidad en un estroma mixoide. Afecta tejidos blandos de la pelvis, vagina, vulva, nalgas y puede extenderse hasta el retroperitoneo y la región inguinal. Son pocos los casos descritos en varones, los cuales se presentan con afección inguinoscrotal y perineal. Es frecuente un diagnóstico erróneo inicial (patología de las glándulas de Bartholin, abscesos o hematomas vulgares, hernia perineal) con diagnóstico definitivo mediante estudio inmunohistoquímico. El manejo es la resección quirúrgica completa, ésta puede ser difícil debido a la invasión local y la vecindad con estructuras pélvicas. Las expectativas de tratamiento médico, incluyendo el manejo de la recurrencia,

se basan en la terapéutica hormonal, ya que este tumor expresa receptores para estrógenos y progestágenos. Debido al bajo índice mitótico la quimioterapia o radioterapia no se consideran útiles.

73

TRÍGONO RETROMOLAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DEL LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS PEQUEÑAS. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Oliver Albores Zúñiga, Ramírez BM, Ramírez BJ. Oncología Quirúrgica. Hospital San José, Celaya, Guanajuato

Introducción: La cavidad oral ocupa el 3% de todos los cánceres, corresponde al 30% de los cánceres de cabeza y cuello, el trigono retromolar corresponde al 10% de los cánceres de cavidad oral, y los linfomas corresponden a menos del 5% de todos los cánceres de esta cavidad, ya que del 60 a 90% son epidermoides.

Reporte del caso: Masculino de 40 años sin antecedentes hereditarios de importancia, contador público, alcoholismo y tabaquismo ocasional, no toxicomanías. Niega cronicodgenerativos. Su padecimiento lo inicia desde hace 40 días con lesión polipoide en trigono retromolar izquierdo, con sangrado ocasional, sudoración nocturna y pérdida de peso no cuantificada, motivo por el cual acude con cirujano dentista tratándose con antifúngicos, sin mejoría se envía para valoración. A la exploración consciente, tranquilo, cuello con adenopatías cervicales izquierdas múltiples, ninguna mayor de 3 cm, boca con lesión verrucosa en trigono retromolar izquierdo, bordes sangrantes, se esfacela fácilmente. Tórax sin lesiones. Abdomen sin lesiones. Extremidades sin lesiones. Biopsia incisional: Linfoma difuso de células pequeñas. Por lo cual se envía a hematología para realizar aspirado y biopsia de médula ósea, la cual se reporta positiva. Tele de tórax negativa para metástasis, ultrasonido hepático y pruebas funcionales normales. Tac de tórax, abdomen y pelvis sin lesiones que comentar. Por la afectación extraganglionar y a médula ósea la etapa clínica es IV, se sometió a quimioterapia MACOP-B (ciclofosfamida, hidroxiladonorrubicina, vincristina, bleomicina, metotrexato, ácido polínico, prednisona). Actualmente se encuentra en su segundo ciclo. **Conclusiones:** El cáncer epidermoide ocupa el primer lugar en frecuencia en lesiones de cavidad oral (60-90%). El linfoma, melanoma, sarcoma son lesiones poco frecuentes (menos del 5%). El trigono retromolar ocupa el 4º lugar en frecuencia de lesiones de cavidad oral. El pronóstico de estas lesiones casi siempre es reservado debido a que la mayoría se encuentran en etapas localmente avanzadas.

74

ELASTOFIBROMA DORSI (ED): UNA INUSUAL LESIÓN DE TEJIDOS BLANDOS

Mario Guzmán Gutiérrez, Tarraso RJ, Sánchez VF, Flores NR, Toriz RA. CECIS Hospital Ángeles Metropolitano ISSSTE, Distrito Federal

Introducción: El elastofibroma dorsi es un raro tumor de tejidos blandos que suele presentarse en la región dorsoscapular. Sus características clínicas lo asemejan a un lipoma aunque muchas veces puede pasar inadvertido. Quirúrgicamente su resección completa suele ser más difícil que la exéresis de un habitual lipoma. **Reporte del caso:** GAF, mujer de la 6a década de la vida quien se presenta con un indolente aumento de volumen en ángulo escapular derecho. Su persistencia y molestias focales orientan a consulta siendo enviada a nuestro centro, donde al examen físico en región periescapular se encuentra un tumor carnoso, bordes no bien definidos, muy poco móvil, lobulado, que se extiende un poco por abajo del vertex escapular inferior. Con diagnóstico de lipoma es sometida a resección quirúrgica encontrando una lesión macroscópicamente similar a un lipoma aunque localizada bajo piel, plano subcutáneo, latus dorsi y serrato, aparentemente encapsulada, de 6 x 4 x 3 cm, adhosada al periostio costal. La resección se logró por completo aunque siendo técnicamente difícil. La paciente egresó a las 2 horas de la cirugía, siendo manejada de manera ambulatoria. Se envía a patología siendo el reporte un elastofibroma dorsi. **Conclusiones:** EL ED es un raro tumor o pseudotumor como lo establecen algunos patólogos. Su topografía es única, pues solamente se presenta en ángulo escapular. Su ubicación anatómica es en plano submuscular, adhosado al periostio costal bajo el romboides y el serrato por lo que su localización y disección pueden ser técnicamente difíciles. Clínicamente puede dar la apariencia de un lipoma o puede manifestarse como un dolor crónico en región periescapular sin hallazgos relevantes al examen físico.

75

LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS B; UN TUMOR FRECUENTE POCO DIAGNOSTICADO

Edgar Ramírez Villa, Licona HJC, Hernández LA, González GP, Casillas CAA, Benítez OF, Díaz TJ, Pelayo SF, Murrieta GH. Servicio de Cirugía. Hospital CEMEV SSA, Xalapa, Veracruz

Introducción: La afectación primaria de la piel por linfomas B es frecuente e implica un pronóstico benigno en la mayoría de los casos al tratarse de una enfermedad con escasa tendencia a la diseminación sistémica y fácilmente controlable con terapia local, cirugía y/o radioterapia. Aunque existen neoplasias de células B de alta agresividad, difícilmente controlables con terapia sistémica. Se considera como primario al tumor de cutáneo en el que el paciente no desarrolla afectación en otros territorios extracutáneos o ganglionares en los seis meses posteriores al diagnóstico. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 53 años, campesino en zona cafetalera, alcoholismo y tabaquismo positivos. Evolución de 6 años con lesión inflamatoria exantemática en región dorsal interescapular que fue resecada sin estudiarse 4 años después; presentó recidiva de la lesión en el mismo sitio con ulceración, crecimiento progresivo, prurito y exudado seroso no fétido, fue referido a la consulta de dermatología y se diagnosticó micetoma, por 6 meses se trató con sulfas y antimicótico disminuyendo la lesión un 40%. Se realizó excéresis-biopsia reportando tumor interescapular de 20 x 15 x 3 cm sin infiltrar fascias, rugosa de color café rosado, con zona ulcerada de 1 cm de diámetro. A la exploración sin adenomegalias ni evidencia de afectación a otros niveles. **Diagnóstico histopatológico:** Linfoma cutáneo de células B, límites quirúrgicos libres de tumor. Sin evidencia de recidiva local o a distancia a 6 meses de seguimiento. **Conclusiones:** La presentación del linfoma cutáneo de células B se confunde con lesiones cutáneas de etiología infecciosa como se presentó en este caso y aunque esto puede retrasar el tratamiento específico también influye el nivel socioeconómico al que pertenece el paciente y aunque esta patología es relativamente frecuente se requiere la colaboración de especialistas como dermatólogo, cirujano, patólogo y hematólogo con el fin de dar tratamientos aislados que no favorecen al paciente.

76

MELANOMA EN SEPTUM NASAL INVASIVO EN PACIENTE FEMENINA DE 72 AÑOS REPORTE DE UN CASO

José Francisco Guardado Ayala. Servicio de Cirugía General. Hospital Maternidad CIVAC S.C., Jiutepec, Morelos

Introducción: El melanoma en región craneofacial es uno de los tumores malignos de los menos comunes que existen se reportan dentro de la literatura con el 0.33%, se discute si la multifocalidad de éste en mucosas si se trata más bien de una satelitosis. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenina de 72 años de edad, la cual acude a nuestra unidad médica. Por presentar obstrucción nasal más rinorrea, así como 2 cuadros previos de epistaxis de un año de evolución refiriendo estar en tratamiento indicado por otorrinolaringólogos ya valorada previamente en 2 ocasiones, por lo que al acudir a nuestra médica refiere epistaxis reciente, así como congestión nasal sin ningún otro síntoma a la exploración física con buena coloración, hidratada, orientada, rinoscopia con pólipo nasal violáceo edematizado, cardiopulmonar RsCs rítmicos sin agregados, CsPs ventilados, abdomen blando depresible sin datos de irritación peritoneal, extremidades sin datos patológicos. Se realiza TAC de senos paranasales y nariz con hallazgo de un pólipo con obstrucción del 100% de la fosa nasal más una sinusitis maxilar derecha, se valora en conjunto con otorrinolaringología con quien se decide realizar cirugía para biopsiar pólipo ante la posibilidad de tumoración se realizan laboratorios con reporte de Hb 15 mg, Hto 33%, leucos 6,000, TP 13 seg, TPT 33 seg glucosa 88 mg urea 30, creat. 88, se realiza cirugía con hallazgo transoperatorio extraído el pólipo de lesiones hiperpigmentadas en septum y en paredes de cavidad nasal con características de un pb melanoma por lo que se realiza biopsia de septum, así como Cadwell en maxilar derecho tomándose biopsia de mucosa de maxilar derecho enviándose a patología con reporte de un tumor maligno indiferenciado compatible con melanoma por lo que se envía a oncología donde se le continúa dando seguimiento con mal pronóstico. **Conclusiones:** Consideramos prudente la publicación del caso ya que es un padecimiento poco frecuente y a su vez por la presentación clínica en sus primeras fases de difícil diagnóstico y así poder tomar un poco de más conciencia en la exploración física de los pacientes para que sea integral y poder diagnosticar a tiempo estos padecimientos, y poder ofrecer un tratamiento curativo y no paliativo o estar fuera de tratamiento.

77

MELANOMA DE PRIMER DEDO DE PIE DERECHO

Carlos Andrés Garza Lizano, Parás BF, Villegas CO, Dávila BD, Alcorta PG, Rodarte SM. Servicio de Cirugía General. Hospital San José Tec de Monterrey, Monterrey, Nuevo León

Introducción: El melanoma es la neoplasia de los melanocitos que puede presentarse en la piel, ojos, oídos, tracto gastrointestinal, leptomeninges y mucosa oral y genital. Puede metastatizar a cualquier órgano incluyendo corazón y cerebro. Representa del 4-5% de todos los tipos de cáncer de piel. Más común en la raza blanca. La posibilidad de desarrollar melanoma entre hombre y mujer es de 1:57 y 1:81 respectivamente. La distribución anatómica varía siendo más común en extremidades inferiores en mujeres

y en torso, cara y brazos en los hombres. La edad de mayor incidencia oscila entre los 45 a 55 años de vida. Se ha demostrado que la exposición a los rayos UVA y UVB aumenta la incidencia de este tipo de cáncer. Respecto al melanoma acral lentiginoso representa el 5% de los tipos de melanoma maligno que existen. Aunque no presenta una característica histológica, se clasifica así por localizarse en sitios anatómicos como zonas subungueales y la piel lampiña de la palma de las manos y planta de los pies. Es la variante más común en la raza negra. **Reporte del caso:** Paciente de sexo masculino de 54 años de edad sin antecedentes de importancia inicia con la presencia de lesión hiperpigmentada en región plantar de primer dedo del pie derecho sin acompañantes. Evoluciona así durante 1 año. Decide consultar con dermatólogo el cual con biopsia diagnóstica melanoma acral lentiginoso. Se refiere a cirujano oncólogo el cual propone la amputación del primer dedo del pie derecho con bordes libres de lesión macroscópica de mínimo 2 cm, así como el rastreo de ganglio centinela por gammasonda y el uso de azul patente. Los ganglios positivos por cualquiera de estos métodos fueron tomados y enviados para biopsia transoperatoria como resultado se muestran negativos a malignidad, se decide mandar pieza de amputación a definitivo. El paciente pasa su postquirúrgico sin complicaciones. El resultado definitivo se reporta como melanoma acral lentiginoso con pieza con bordes libres de lesión neoplásica. Se refiere al paciente que la cura aparente debe confirmarse con seguimiento con gammasonda y toma de ganglios en busca de metástasis microscópicas. **Conclusiones:** El estudio estandarizado para el abordaje de este tipo de pacientes, con la decisión del manejo quirúrgico adecuado respecto al rastreo de ganglio centinela y la resección de bordes libres de neoplasia visible determina el pronóstico del mismo y la posibilidad de curación de la enfermedad con el seguimiento posterior en busca de metástasis microscópicas por gammasonda en tiempos posteriores.

78

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL

Luis Manuel García Bravo, Fuentes FF, Ventura GJF, Margarito CJJ, Serrano OHS, Ledezma RV, Reyes PA. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías ISSSTE, Zapopan, Jalisco

Introducción: Los sarcomas de tejidos blandos son tumores raros; representan 1% de las neoplasias malignas. Se derivan del tejido esquelético y tejido conectivo extraesquelético, capaces de presentarse en todo el cuerpo donde se encuentre tejido blando conectivo. En México, según el último Registro Histopatológico de Neoplasias de 2001, los tumores de tejidos blandos representan 1.5% de todos los casos, donde su distribución es variable, 50% en extremidades, 15% en tronco, 15% en retroperitoneo, 14% en vísceras y 11% en otras localizaciones. De los tumores retroperitoneales malignos, 42% son sarcomas, y de éstos los tipos histológicos más comunes son los liposarcomas y los leiomiomas. El liposarcoma representa el 95% de todos los tumores adiposos de esta localización y el 14-18% de todos los sarcomas de partes blandas. Según la clasificación de la OMS, los liposarcomas se clasifican en: Bien diferenciados, dediferenciados, mixoide, de células redondas y pleomórfico. Los bien diferenciados se consideran como de bajo grado de malignidad. El cuadro clínico es insidioso, no específico, con dolor abdominal vago, mal definido en 40 a 60% de casos. Los signos y síntomas más frecuentes son la masa abdominal palpable, el dolor abdominal, fiebre, repercusión general, pérdida de peso y saciedad temprana. Dentro del protocolo de estudio se incluyen telerradiografía de tórax, ultrasonido, tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear y urografía excretora. El diagnóstico definitivo es histopatológico. La cirugía sigue ofreciendo la mejor opción en el tratamiento de estos tumores. La radioterapia se indica cuando los márgenes no son adecuados o hay tumor residual o recurrencia. La recidiva tumoral aparece alrededor de los 45 meses de la resección quirúrgica si no hay márgenes adecuados. La mortalidad global es del 30% a los 5 años. **Reporte del caso:** Paciente masculino 43 años, con 7 meses de evolución con plenitud abdominal y distensión abdominal con los alimentos, dolor leve tipo cólico, intermitente 1-2 h después de alimentos, acude con médico particular por agregarse edema escrotal del lado derecho quien da tratamiento médico a base de analgésicos sin mejoría, posterior se agrega edema de pierna derecha así como tenesmo al defecar por lo cual acude a cirugía de esta institución el 27/06/06. A la EF abdominal, globoso, con masa palpable de bordes irregulares, indurada, no móvil, no dolorosa a la palpación, con percusión mate de aproximadamente 17 x 15 cm que ocupa casi la totalidad de la cavidad abdominal, no se palpan adenopatías, no hay datos de rebote o irritación peritoneal. Los estudios de laboratorio muestran leucocitosis únicamente de 18,200, resto normal; se realiza TAC con masa sólida heterogénea, con densidad grasa sugestivo de liposarcoma retroperitoneal y pielocaliectasia derecha. El urograma excretor con riñón derecho desplazado y rotado, los sistemas uretero pielocaliceales izquierdos desplazado posteriormente, vejiga urinaria con insuficiente llenado a los 30 min. Sometiéndose a LAPE, encontrándose tumoración retroperitoneal que toma parte de la grasa y Gerota renal derecha, realizando exéresis de la totalidad de tumoración y nefrectomía derecha. El reporte histopatológico es un liposarcoma bien diferenciado. **Conclusiones:** El

paciente no requirió de tratamiento radioterapéutico adyuvante y actualmente se encuentra sin datos de recidivas a dos años de evolución. El tratamiento de elección y único que ha demostrado aumento de la supervivencia y menor tasa de recidivas es la cirugía, cuando se logra realizar una cirugía radical con márgenes adecuados. No debe excluirse la observación continua del paciente con estudios de gabinete.

79

RESECCIÓN DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE PRIMARIO. REPORTE DE 1 CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marco Antonio Sánchez Audelo, Campos GC. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional «La Raza». IMSS, México, D.F.

Introducción: Los tumores retroperitoneales primarios son aquéllos originados de células derivadas del mesodermo esplácnico, es decir de estructuras no parenquimatosas del espacio retroperitoneal. El primer caso descrito atribuido a Morgani data de 1671. Constituye menos del 1% de los sarcomas de partes blandas apareciendo con más frecuencia entre la 4ta y sexta décadas de la vida. La localización más frecuente es en extremidades inferiores (46%), extremidades superiores (13), retroperitoneo (12%), tórax (19%), en cabeza y cuello (9%). Existen diferentes tipos histológicos de sarcomas retroperitoneales, como lo son: liposarcoma, leiomiomasarcoma, fibrosarcoma, rhabdomyosarcoma, histiocitoma fibroso maligno; predominando ampliamente los liposarcomas. Se caracterizan por ser tumores de gran tamaño, de alrededor de 20 cm de diámetro mayor de promedio. Predominan en la quinta década de la vida y no tienen predominio por sexo. No se han detectado factores de riesgo que aumenten la incidencia ni predisposición familiar a los mismos. En cuanto al diagnóstico, la TAC continúa siendo el estudio de gabinete más utilizado y con mejor relación costo-beneficio comparado con la resonancia nuclear magnética. **Reporte del caso:** Masculino de 60 años de edad, originario de Zinacantepec Estado de México, sin antecedentes de importancia. Acude a HGZ 222 por presentar cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por aumento de diámetro abdominal a expensas de tumoración dura, fija a planos profundos, no móvil, no dolorosa, acompañado de intolerancia a la vía oral. A la exploración física edad aparente igual a la cronológica, con buen estado nutricional, con distensión abdominal en cuadrantes mesogastrio con compromiso de hipogastrio y fosas ilíacas a expensas de tumoración abdominal dura, de 15 x 15 cm aproximadamente. Es ingresado al Servicio de Cirugía General, se solicitan paraclínicos: Hemoglobina 14.3, Hto 41, leucocitos 7,100, plaquetas 378,000, QS: Glucosa 100 mg/dl, creatinina 1.5, BUN 15, ES: Na 143, K 4.21, Cl. 10.5. Se realiza TAC abdominal en la que se aprecia desplazamiento de asas de delgado. Se laparotomiza en mayo de 2007 donde se visualiza tumoración, encontrándola con su pseudocápsula, sobre la cual se realiza una ventana para continuar con disección táctil, se lisan adherencias, se luxa tumoración, se pinza por su pedículo y se reseca, se prosigue con exploración de cavidad, encontrando otra tumoración de consistencia más firme en íntima relación con el bazo y dependiente de la anterior, se realiza mismo procedimiento, durante la disección se localiza uréter izquierdo, el cual se aísla de la tumoración con ayuda de cinta umbilical, de igual manera se luxa y se reseca, se extraen restos de la pseudocápsula. Se incide accidentalmente la cápsula del bazo; durante la rafia se encuentra bazo accesorio, conservando ambos. Se verifica hemostasia, concluye evento quirúrgico. A las 48 h se inicia con dieta líquida la cual tolera de manera adecuada observándose evolución favorable, se egresa al 4to día de su cirugía. Acude al 6to día de postoperado por presentar nuevamente intolerancia a la vía oral, se dan medidas generales, 8vo día Po presenta buena evolución, 48 h después con adecuada tolerancia a los líquidos claros, progresándose dieta blanda siendo bien aceptada. Se decide egreso por mejoría clínica. El reporte histopatológico concluye liposarcoma no diferenciado. Se envió a oncología CMNSXXI donde continúa su control. **Conclusiones:** El liposarcoma retroperitoneal históricamente ha presentado dificultades en su manejo, por su alto grado de irresecabilidad, con afección al grado de supervivencia del paciente. La resección quirúrgica completa con remoción microscópica de residuos es lo mejor para alargar la supervivencia del paciente, hasta el momento no hay otra modalidad de tratamiento, el procedimiento quirúrgico agresivo sobre todo para el sarcoma recurrente es recomendado. La resección produce altos grados de supervivencia comparado con la escisión local.

80

SCHWANNOMA INTRAABDOMINAL, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Erick Servín Torres, Velázquez GJA, Galindo ML, Delgadillo TGH, Bevia PF, Piscil SMA, Serrano GI, Marmolejo EJ, Cervantes CJ, Zamudio TV, Pozzo BRH. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades IMSS, México, D.F.

Introducción: Los tumores nerviosos autonómicos gastrointestinales (TNAG) fueron descritos en 1984, son tumores estromales poco comu-

nes que representan el 0.1% de los tumores benignos del tracto gastrointestinal. Pertenecen a un subgrupo de los tumores estromales gastrointestinales (GIST) con diferencias específicas ultraestructurales, lo que sugiere su origen en el plexo mientérico. Los schwannomas pertenecen a este grupo y pueden desarrollarse prácticamente en cualquier región anatómica. Sin inmunohistoquímica los schwannomas son mal diagnosticados con frecuencia como leiomiomas o leiomiomasarcomas y son tumores que generalmente son asintomáticos o presentan síntomas inespecíficos como fatiga y dolor. Las técnicas patológicas usualmente utilizadas no son diagnósticas y es común que sea necesario el estudio en microscopio electrónico. En la literatura solamente se reportan 20 casos de schwannoma adyacentes al colon, como en el caso que presentamos. **Reporte del caso:** Inicia su padecimiento actual con aumento de volumen de 10 meses de evolución, a expensas de tumoración en fosa iliaca derecha, irregular, fija, no dolorosa, negando pérdida de peso, y sintomatología intestinal o urinaria. Es enviado de su Hospital General de Zona con diagnóstico de probable linfosarcoma, por lo cual es enviado al Hospital de Especialidades del Centro Médico «La Raza», al Servicio de Cirugía, para iniciar protocolo de estudio. Se realiza TAC abdominal en fase contrastada observando hígado de morfología normal con densidad normal de bordes regulares y bien definidos, vesícula biliar sin alteraciones aparentes, riñones de morfología tamaño y densidad normal, asas intestinales sin alteraciones, se identifica presencia de tumoración redonda, hipodensa con 30 UH de aproximadamente de 140 x 100 mm, con paredes bien delimitadas, la cual comprime psoas derecho, sin identificar crecimientos ganglionares retroperitoneales, ni pélvicos. Por lo anterior se decide programar a laparotomía exploradora en el día con los siguientes hallazgos: tumor que desplaza colon ascendente y ciego, psoas derecho con tumor muscular encapsulado de aspecto quístico blanquecino de 500 cc de líquido, de consistencia firme de 10 x 12 cm, estómago, intestino delgado, colon transversal, descendente y sigmoides de aspecto macroscópico normales, no se detectaron adenopatías regionales. Se toma biopsia transoperatoria, reportando tejido inflamatorio con áreas de necrosis. Se recaba resultado de patología definitiva: tumor de vaina de nervio periférico (schwannoma), morfológicamente benigno con extensos cambios degenerativos con isquemia central. El paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresado a su domicilio con control en consulta externa por 7 meses, sin evidencia de recidiva. **Conclusiones:** La conducta biológica de la TNAG's no está bien delimitada debido al pequeño número de casos y a que la determinación de malignidad no puede ser resuelta con histopatología convencional. La actividad mitótica y el tamaño se han asociado con alto riesgo de recurrencia y metástasis. Aunque los TNAG son generalmente considerados benignos en la literatura se reporta una recurrencia local de hasta el 30%. La cirugía radical es el tratamiento óptimo.

81

SCHWANNOMA MALIGNO RETROPERITONEAL, REPORTE DE UN CASO

Alejandro Ruiz Jaime, Castro PJ, Rojano ME, Mendoza J, Jaime OS. Servicio de Cirugía, Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez GDF, México, D.F.

Introducción: La incidencia de neoplasias retroperitoneales primitivas varía del 0.3 al 3%. Los sarcomas suponen el grupo más frecuente de neoplasias retroperitoneales, siendo el schwannoma un tumor inusual con una incidencia del 1 al 5% de los tumores retroperitoneales primarios. El schwannoma también denominado neurinoma o neuroleoma, es un tumor derivado de las células de Schwann de la vaina de los nervios periféricos. Pueden originarse de cualquier nervio periférico, a excepción de los pares craneales I y II: la localización más frecuente es la craneo facial, seguido de las extremidades, siendo la localización retroperitoneal excepcional. Su transformación maligna es rara. **Reporte del caso:** Mujer de 46 años de edad, antecedentes de histerectomía total abdominal en septiembre de 2004 secundario a miomatosis uterina, apendicectomía a los 18 años de edad sin complicaciones aparentes. Antecedentes de infección de vías urinarias de repetición desde los 23 años de edad. Inició con cuadro clínico de 3 años de evolución caracterizado por hipersensibilidad en flanco izquierdo al roce de la ropa y parestesias ascendente del tercio inferior de cara posterior del muslo hasta tercio superior del mismo, posteriormente se agrega dolor en cuadrante inferior izquierdo a la deambulación. Se le detecta por USG abdominal en septiembre de 2007 tumoración dependiente de retroperitoneo a nivel de flanco izquierdo, dicho hallazgo se corrobora con TAC abdominal, realizada también en septiembre de ese año. Se le practica laparotomía exploradora mediante incisión de línea media en octubre de 2007 evidenciando tumoración de retroperitoneo bien delimitada de 12 x 6 cm aprox., con contenido líquido en su interior, la cual se reseca con márgenes quirúrgicos amplios. Se mapeó con grapas el borde quirúrgico para radioterapia adyuvante y se programa la paciente para 50 Gys. El diagnóstico patológico fue de schwannoma maligno. **Conclusiones:** Los SW de localización retroperitoneal, se encuentran en la mayoría

de los casos cercanos a la glándula adrenal, y por debajo de la arteria renal. La edad de aparición es diversa, estando casos descritos desde la segunda, hasta la séptima décadas de la vida, no existiendo diferencias entre los sexos. El schwannoma retroperitoneal representa el 1% de los tumores retroperitoneales, pudiendo representar hasta el 10% de los tumores retroperitoneales primarios. La mayoría de los schwannomas son benignos, aunque se han publicado series de schwannomas de localización retroperitoneal con más de un 25% de tumores malignos. La localización profunda en retroperitoneo o mediastino se acompaña de escasa clínica, siendo con gran frecuencia un hallazgo radiológico incidental, aunque en ocasiones se diagnostican como grandes masas que provocan clínica relacionada con la compresión de estructuras vecinas.

82

LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE. REPORTE DE UN CASO

José Arturo Vázquez Vázquez. Servicio de Cirugía General. Hospital General Tampico ISSSTE, Cd. Madero, Tamaulipas

Introducción: Los sarcomas retroperitoneales son la causa más común de los sarcomas de partes blandas representan del 14 al 18% de todos los sarcomas, generalmente se presentan en la vida adulta y son extremadamente raros en menores. Se pueden desarrollar en cualquier parte del organismo y son más comunes en hombres que en mujeres, en proporción de 3 a 1. Los liposarcomas se originan de células primitivas mesenquimatosas de tejido adiposo y se clasifican como bien diferenciados, mixoides, pleomórficos o de células redondas, lo que define el pronóstico de los pacientes. **Reporte del caso:** Masculino de 38 años, es referido al Servicio de Cirugía General de nuestro hospital por incremento progresivo del perímetro abdominal, sensación de plenitud postprandial y manejoado previamente en forma privada como acitis secundario a hepatopatía crónica. A la exploración física con discreta dificultad respiratoria, abdomen globoso a expensas de masa palpable. Se realizan estudios de laboratorio de rutina los cuales se reportan como normales. El estudio inicial es un ultrasonido en el cual no se demuestra alteración en el parénquima hepático y en el que es evidente gran masa sólida heterogénea que ocupa la mayor parte de la cavidad abdominal; el colon por enema revela desplazamiento del mismo hacia el hemiabdomen izquierdo así como opacidad difusa. El paciente es sometido laparotomía exploradora, en donde se encontró un gran tumor retroperitoneal, el cual es resecado en su totalidad y se reporta un peso de 16,400 g, el estudio histopatológico arroja un liposarcoma retroperitoneal bien diferenciado. La evolución de nuestro paciente fue adecuada y el paciente es egresado a domicilio para control como externo. **Conclusiones:** Los signos y síntomas en el liposarcoma retroperitoneal no son específicos e incluyen incremento progresivo en el perímetro abdominal, masa palpable o síntomas relacionados con el aumento de la presión intraabdominal como en este caso la dificultad respiratoria. La naturaleza blanda del tumor y el bajo rango en el crecimiento son los responsables del retardo en el diagnóstico. Los signos radiológicos incluyen masa de tejidos blandos que desplaza a las asas intestinales. En nuestro paciente el ultrasonido nos ayudó a descartar la impresión clínica de acitis por hepatopatía previamente considerada.

83

LEIOMIOSARCOMA PERITONEAL DISEMINADO. REPORTE DE UN CASO

Silverio De La Peña Méndez, Ramírez CG, Muñoz IAY, Ramírez RE, Liho NA. Servicio de Cirugía General. Hospital General Tacuba ISSSTE, México, D.F.

Introducción: Entre los tumores de origen mesodérmico, el leiomioma representa el 23-40%, aunque es más frecuente el liposarcoma. Se presenta entre los 40 y los 60 años, sin existir diferencias entre sexos. Clínicamente suele cursar en forma de hemorragia gastrointestinal, masa abdominal palpable, dolor abdominal intermitente y perforación intestinal. Con menor frecuencia producen alteración del estado general, cambios en el hábito intestinal, obstrucción, fiebre y trastornos urinarios. La vía de difusión metastásica suele ser la hemática aunque, también puede producir implantes peritoneales por contigüidad e infrecuentemente por vía linfática, siendo el hígado y el peritoneo las localizaciones metastásicas más frecuentes. Las metástasis se encuentran en el 75% de los tumores mayores de 10 cm. El leiomioma visceral o retroperitoneal supone la causa más frecuente de metástasis hepática. **Reporte del caso:** Presentación del caso. Se trata de femenino de 77 años de edad, con antecedentes de importancia de hipertensión arterial sistémica tratada con captopril y hemicolectomía derecha por apendicitis complicada. Sin más antecedentes de importancia. Inició su padecimiento hace 1 mes al notar aumento de volumen en región de hipogastrio el cual ha sido de forma gradual. Hace 7 días presenta dolor abdominal de moderada a gran intensidad en mesogastrio, que irradia a fosa iliaca del lado izquierdo, de tipo cólico, se observa aumento de volumen, el cual se hace más evidente al esfuerzo, asocia-

do a distensión abdominal, náuseas sin llegar al vómito. El dolor al momento de la valoración es de gran intensidad. Y no hay reducción de tumoración en mesogastrio A la exploración física se encuentra con signos vitales normales, con abdomen el cual se encuentra distendido, tumoración a nivel de mesogastrio, la cual a la manipulación no es reducible, de aproximadamente 10 cm y se encuentra dolorosa a la manipulación, no se palpan defectos de aponeurosis. Se encuentra además descompresión positiva y peristalsis de lucha a nivel de mesogastrio. Los laboratorios estaban normales. Rx de abdomen con presencia de asas de intestino delgado dilatado, niveles hidroaéreos y ausencia de gas en ámpula rectal. USG con presencia de conglomerado ganglionar en epigastrio. La paciente se pasó a cirugía con diagnóstico de hernia de pared encarcelada y oclusión intestinal, la cual se realizó el día 21 de octubre del 2007 donde se encuentra tumoración de aproximadamente 15 cm, pediculada y torcida que depende del mesoperitoneo, a 40 cm de la válvula ileocecal, además de múltiples implantes en mesenterio, epiplón menor y epiplón mayor de los cuales se toman múltiples biopsias excisionales. En el útero se observan además tumores compatibles con miomas. El reporte de patología es de leiomioma sarcoma con necrosis y hemorragia con atipia moderada. La paciente actualmente se encuentra en quimioterapia en hospital de tercer nivel. **Conclusiones:** Comentario. Los leiomiomas sarcomas al igual que los tumores retroperitoneales clínicamente son muy inespecíficos, lo que explica que el diagnóstico sea tardío. La vía de difusión metastásica suele ser hemática aunque, también puede producir implantes peritoneales por contigüidad e infrecuentemente por vía linfática, siendo el hígado y el peritoneo los más frecuentes. Las metástasis se encuentran en el 75% de los tumores mayores de 10 cm. El tratamiento de elección es la cirugía cuando sean resecables. Los factores pronósticos son la resecabilidad completa del tumor, el grado histológico, el estado general en la presentación inicial de los síntomas, la presencia o no de metástasis, el tamaño tumoral y el estadio. Entre los distintos tipos histológicos de tumores retroperitoneales primitivos, el leiomioma sarcoma es el que presenta peor pronóstico, con una nula supervivencia a los 5 años y una supervivencia media de 15 meses.

84

TUMORES RETROPERITONEALES. REPORTE DE UN CASO

Carla Ruby Beylán Vázquez, Obregón PR, Chacón RS, Flores RO, Galindo OJ, Escalante AE, Fernández CA, Quintero RJ, Contreras VI, Gómez CH, Viloria CH. Servicio de Cirugía General. Hospital Agustín O'Horan SSA, Mérida, Yucatán

Introducción: Los tumores de partes blandas o sarcomas corresponden al 0.8% de la patología neoplásica y se presentan con mayor frecuencia en niños y jóvenes. Tienen su origen en estructuras periféricas: tejido conectivo, subcutáneo y otros tejidos blandos. Progresan localmente, adquieren volumen y avanzan regionalmente a través de estructuras vecinas. Su causa es desconocida, aunque se mencionan como factores etiológicos la exposición a fenoxi-ácidos, a la inducción por radiación y a la alteración a nivel del cromosoma 19p13. Se originan de distintos tipos de estructuras celulares del tejido conectivo: fibroblastos, adipocitos, células musculares, etc. El fibrohistiocitoma maligno (FHM) es una entidad poco común, de gran agresividad e incluido en el grupo de los sarcomas. Es el más común durante la adultez media y tardía, y el más frecuentemente diagnosticado debido a la mayor precisión de las pruebas diagnósticas, aunque se remarca la utilidad del estudio inmunohistoquímico para la tipificación de tumores con células neoplásicas indiferentes. El FHM es de pobre supervivencia (15 a 30% a 5 años), con variantes mixoide, inflamatoria y pleomórfica, se sitúa en la línea histiocítica. Entre los factores de mal pronóstico destacan: tumor de gran tamaño, grado histológico y márgenes quirúrgicos positivos. Fundamentalmente se localiza en las extremidades, pero no son infrecuentes en el retroperitoneo y los pulmones. Las recidivas constituyen prácticamente la norma, siendo la cirugía una opción terapéutica satisfactoria, y ésta debe ser lo más radical posible. Principalmente metastatizan a pulmón y a hígado. **Reporte del caso:** Femenino de 45 años, sin antecedentes heredo-familiares de importancia, niega enfermedades cronicodegenerativas e infectocontagiosas, con dos cirugías previas (cesáreas), niega alergias. Acude a consulta por presentar, desde hace un año, dolor lumbar bajo, pulsátil e intermitente. La TAC reporta: Tumoración pararenal izquierda, que rechaza el colon. La BAAF reporta: Células adiposas atípicas, linfocitos y neutrófilos escasos, posible tumor de tejido adiposo y con otros estudios de extensión negativos. A la EF ECOG 0 KPS 90%, abdomen con tumor palpable de gran tamaño, en hemiabdomen izquierdo que abarca desde el hipocondrio izquierdo hasta la fosa iliaca ipsilateral, dura, fijo a planos profundos, no móvil, no doloroso, mal delimitado, mal definido, de bordes irregulares. Se somete a laparotomía encontrando tumor retroperitoneal de 15 por 15 cm, y resto de cavidad abdominal sin evidencia clínica de actividad tumoral. El reporte histopatológico definitivo reporta fibrohistiocitoma maligno pleomorfo con bordes quirúrgicos negativos. **Conclusiones:** El FHM es un tumor infrecuente, recidivante, de gran agresividad y mal pronóstico. Se presenta este caso por su localización retroperitoneal la cual es infrecuente. La cirugía es la base del tratamiento y debe ser lo más radical posible, en nuestro caso es el tratamiento definitivo con revi-

sones frecuentes para evaluar la posibilidad de tratamiento con quimio y radioterapia. Sin embargo, a pesar de conseguir radicalidad, el pronóstico es incierto y la supervivencia corta.

85

OSTEOCONDROSARCOMA DE ESCÁPULA ORIGINADO EN UN OSTEOCONDROMA. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA

Julio Alvarado Lezama. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Puebla SSA, Puebla, Puebla

Introducción: Los osteocondromas representan el 44% de los tumores óseos benignos y el 20% de los tumores primarios del hueso, con un ligero predominio en varones, se localizan frecuentemente en el miembro inferior y particularmente en la rodilla (36%) la localización en huesos planos como la escápula no es común, se ha reportado que en el 69% de los pacientes menores de 30 años. Hablando específicamente de la escápula el osteocondroma es la neoplasia benigna más común, con una incidencia de 4.6% y usualmente se caracteriza por ser una lesión localizada en la cara anterior del cuerpo de la escápula, los pacientes con osteocondroma de escápula refieren una sensación de pesantez al realizar una rotación interna de su brazo, siendo el tratamiento de elección la resección quirúrgica. El osteocondroma es una displasia del desarrollo del platillo de crecimiento periférico que produce una lesión con una base ósea y un recubrimiento cartilaginoso normalmente se encuentran cerca de la metafisis de los huesos largos. La lesión se produce por una placa de cartilago epifisiario aberrante, ya que su apariencia es similar a la de una placa de crecimiento normal. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 41 años, originaria de Libres, Puebla. La cual inicia hace 9 años con tumor de escápula izquierda con crecimiento progresivo. Presentando dolor desde hace 2 años. Quien se encuentra por TC lesión de aspecto óseo originado en la porción inferior de la escápula izquierda, no infiltrativo de contornos irregulares. **Conclusiones:** El riesgo de transformación sarcomatosa en la exostosis solitaria es aproximadamente 1%, pero en la exostosis múltiple hereditaria el riesgo se acerca al 10%, debido a las numerosas lesiones, además una lesión que es de base ancha o sésil, tiene una superficie considerablemente mayor, y así, más probabilidad de sufrir una transformación maligna, la transformación maligna debe sospecharse si la lesión de repente se hace sintomática o empieza a crecer rápidamente. Siendo en la mayoría de los casos la alternativa terapéutica, la cirugía.

86

CONDROSARCOMA DE PERONÉ

Nicolás Sánchez Rodríguez, Galván CL, Valdez GR, Álvarez DA, Sierra J, Montoya R, Sida Bueno. Servicio de Cirugía General. HRZ No. 6 Cd. Madero IMSS, Tampico, Tamaulipas

Introducción: El condrosarcoma es el segundo tumor más frecuente de los tumores óseos. Forman un grupo heterólogo cuyo tejido neoplásico básico es cartilaginoso. El condrosarcoma de células claras se trata de una variante rara y supone solamente el 2%, es un tumor recurrente localmente de lento crecimiento. El tratamiento de elección es la resección amplia. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenina de 30a con cuadro clínico de 4 meses de evolución previa al recibir golpe directo contuso sobre rodilla derecha, presentando dolor incapacitante, edema importante de la región, manejo inespecífico con AINEs, se realiza protocolo clínico RX simple de rodilla con lesión de aspecto lítica sobre cabeza del peroné derecho, se realiza TAC encontrando lesión expansiva que rompe cortical secundariamente al traumatismo, así como edema de tejidos blandos, se realiza biopsia de la lesión por Servicio de Traumatología reportando *condrosarcoma de células claras*. Se completa protocolo preoperatorio y se realiza resección amplia de tercio superior de peroné sacrificando nervio ciático por involucro del mismo con la lesión. Resultado final de patología se reporta como *condrosarcoma de células claras* de 4.3 cm en peroné sin involucro de tejido blandos, la paciente se envía a telerradioterapia con Co60. **Conclusiones:** Una resección amplia comúnmente denominada resección en bloque incluye el tumor entero, resección de la zona reactiva y una cuña del tejido normal, la estructura completa del origen del tumor no se extirpa. La resección amplia del tumor depende de la localización anatómica pero varía desde 1cm si hay fascia sana incluida hasta 5 cm de margen. La resección amplia en bloque sigue siendo el mejor tratamiento para la enfermedad primaria. Se menciona que el condrosarcoma de células claras es un tumor agresivo que si se trata con curetaje o una resección incompleta se produce recidiva y eventualmente metástasis a pulmón siendo la mortalidad del 15%. Quintana y col. propusieron la resección más extensa, la amputación fue el tratamiento tradicional, más sin embargo con el devenir de la terapia multidisciplinaria una mayor cantidad de pacientes pudieron preservar la extremidad, así la escisión amplia seguida de radioterapia adyuvante y quimioterapia sistémica ha proporcionado resultados equivalentes al manejo radical. El grupo de cirugía y radioterapia demostró tener menos problemas con respecto a su calidad de vida que el grupo de cirugía radical.

87

TRATAMIENTO CONSERVADOR EN SARCOMA SINOVIAL MONOFÁSICO, RESPETANDO BORDES LIBRES, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA

Yair Muñoz Contreras, Martínez TPR, De La Peña MS, Liho NA, Guerra MJ, Ramírez CG. Servicio de Cirugía. Hospital General Tacuba ISSSTE, México, D.F.

Introducción: El sarcoma sinovial se trata de una neoplasia mesenquimal rara. Es el cuarto en frecuencia de los tumores de tejidos blandos después del liposarcoma, histiocitoma fibroso maligno y rhabdomyosarcoma. (5 a 10 % de todos los casos de sarcoma de tejidos blandos). Deriva de los tejidos sinoviales encontrados a lo largo de los planos fasciales, estructuras paraarticulares, y raramente, en las articulaciones y puede involucrar las vainas y bursas de los tendones. Típicamente aparece en las piernas y rodillas. Se da más a menudo en adolescentes y adultos jóvenes (16-36 años). La forma más típica de presentación consiste en la aparición de una masa yuxtaarticular indolora o con dolor poco intenso, de crecimiento lento. Se ha señalado un antecedente traumático en un 20-25% de los casos. Se clasifica en monofásico y bifásico. **Reporte del caso:** Femenino de 55 años de edad, con antecedente de relevancia de trauma cortocontundente en pierna derecha, presentando herida de 5 cm de diámetro que expone hasta fascia muscular, recibe tratamiento antibiótico y analgésico. Sin resolución adecuada. Acude al Servicio de Urgencias, por cuadro de 3 años de evolución manifestado por lesión ulcerosa, de bordes irregulares, necróticos y sin exudado de 10 cm de diámetro en cara externa de pierna derecha. Exámenes de laboratorio sin datos relevantes, en placas simples de pierna derecha, se observa respetado tejido óseo a nivel de lesión, TC pélvico abdominal y telerradiografía de tórax sin implantes. Se decide realizar biopsia excisional de lesión con anestesia local, se encuentra lesión exofítica nodular, de bordes irregulares y encapsulada de 11 x 5 cm, respetando bordes libres a nivel muscular y epidérmico. Se reporta por patología sarcoma sinovial monofásico. Seguimiento a 6 meses, sin implantes metastáticos ni recidiva. No requirió hasta el momento terapia adyuvante. **Conclusiones:** Los factores pronósticos más importantes son grado y tamaño. Para algunos autores, en cambio, el pronóstico principal radica en la elección del tratamiento inicial. La proporción de recidivas es considerable, reportándose hasta 30% en tratamiento conservador. El tratamiento quirúrgico es de elección, precisando resección amplia con márgenes de seguridad de al menos 5 cm o amputación. Las lesiones de bajo grado: Se tratan con escisión a distancia; los tumores de grado alto: requieren resección radical o escisión quirúrgica amplia más radioterapia. Si los tumores son mayores que 8 centímetros de diámetro se considera la administración de quimioterapia y radioterapia. Teniendo esto en consideración, se indica la vigilancia estrecha de este paciente. La subclasificación exacta del tumor no parece ser un indicador del pronóstico cuando se tiene en cuenta el grado. Hay autores que consideran que los tumores poco diferenciados tienen peor pronóstico y que los bifásicos son de un mejor pronóstico, sin embargo otros autores no encuentran relación entre el tipo histológico y el pronóstico. La presencia de calcificaciones también se relaciona con mejor pronóstico. Otros factores pronósticos son la edad y el sexo (mejor pronóstico jóvenes y en mujeres), la localización anatómica ya que condiciona el tipo de tratamiento. La lesión, característicamente, metastatizan a los nódulos linfáticos, huesos, y pulmones. La supervivencia a los 5 años proporciona unos rangos de 25 a 55%.

88

CONDROSARCOMA DE CINTURA ESCAPULAR, DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Marleny Urtiz Paz. Servicio de Cirugía General. Hospital General Regional de León SSA, León, Guanajuato

Introducción: La distribución de los sarcomas de partes blandas es: extremidades inferiores 46%, extremidades superiores 13%, tronco 19%, retroperitoneo 12%, cabeza y cuello 9%. El condrosarcoma es el segundo tumor primario más común de hueso. Se subdivide de acuerdo a: grado histológico, si es primario o secundario y si es central o periférico. El grado histológico es la clasificación más útil para la etapificación, manejo y determinación del pronóstico. Grado I (aumento de condrocitos con núcleos hiper cromáticos ocasionalmente binucleados con mínima variación en cuanto al tamaño). Grado II (celularidad incrementada con pleomorfismo y atipia nuclear significativa). Grado III áreas de células en huso y actividad mitótica prominente. El tratamiento de elección para todos los condrosarcomas es la resección quirúrgica. Aproximadamente el 95% de los pacientes con tumores que afectan la cintura escapular pueden ser tratados conservando el miembro; de éstos sólo requieren amputación el 5 a 10% con sarcomas de hueso primario y menos del 5% de partes blandas. Indicándose la cirugía radical en los siguientes casos: tumores infectados, invasión del paquete neurovascular adyacente y cuando hay un fallo en la resección conservadora. Contraindicada cuando los tumores invaden la pared torácica entre otras. **Reporte del caso:** Masculino de 35 años. Soltero. Escolaridad primaria. Presenta 1 año de evolución con aumento de volu-

men en región de hombro derecho hasta codo, acompañado de dolor e incapacidad para movilizar la extremidad con crecimiento paulatino. No patologías previas. Acude a urgencias por tumoración en brazo derecho, sintomatología general y anemia. Se realiza biopsia y acude a la consulta externa con resultado de neoplasia maligna fusocelular. Tele de tórax con metástasis pulmonares bilaterales. TAC: pérdida de la anatomía y aumento de volumen del hueso humeral derecho, desde la cabeza hasta la articulación del codo, con afectación importante de hombro y brazo. Se programa para amputación del miembro torácico derecho. Hallazgos transoperatorios: tumor dependiente de húmero con diámetro de 60 cm y peso de 20 kg. Adenopatías macroscópicas de 1-2 cm. Por patología se reporta: condrosarcoma bien diferenciado con bordes cercanos al margen de resección. Posterior a cirugía se envía a valoración de tratamiento sistémico el cual se indica, con adecuada evolución por parte del paciente. Termina tratamiento sistémico sin evidencia de actividad tumoral. Se pierde del seguimiento a un 1 año de terminado el tratamiento. **Conclusiones:** El condrosarcoma es uno de los tumores malignos poco frecuentes, pero el retraso en su diagnóstico o tratamiento da como resultado un manejo quirúrgico agresivo. En etapas tempranas, cuando se encuentra afectada la cintura escapular es posible el manejo con algún procedimiento conservador de la extremidad (algunas de las técnicas de Thikoff Limberg), pero con tumoraciones muy avanzadas se plantean las grandes amputaciones, procedimientos que debieron ser cada día menos utilizados dado la gran disfunción que ocasiona al paciente.

89

RESECCIÓN CONDROESTERNAL TOTAL EN PACIENTE CON REPORTE HISTOPATOLÓGICO DE CONDROSARCOMA ESTERNAL

Silverio Pereda Jiménez, Powell MRF. Servicio de Cirugía. Hospital General de Puebla SSA, Puebla, Puebla

Introducción: El condrosarcoma es un tumor maligno con diferencia condroide hialina que puede asociar cambios mixoides, y calcificación u osificación. Según la clasificación de tumores de la OMS, se dividen en primarios, secundarios y condrosarcomas especiales. Estos últimos se subdividen en indiferenciado, de células claras, mesenquimal y periosteal o yuxtacortical. El condrosarcoma primario o convencional corresponde al 90% de los casos, y se origina centralmente en un hueso sano. Es un tumor de la edad adulta, en mayores de 50 años, con su incidencia más alta entre la 5ª y la 7ª décadas de la vida. El condrosarcoma es el tumor maligno primario más frecuente del esternón. Puede afectar a las costillas en un 9% de los casos. Tiene dos formas de presentación: A) medular o central y B) exostósica o periférica. La forma exostósica habitualmente asienta sobre lesiones cartilaginosa benignas (osteochondroma con condrosarcoma secundario). La radiología simple el condrosarcoma exostósico aparece como una masa exofítica de bordes lobulados con matriz de mineralización cartilaginosa. En cambio la forma medular se presenta como una lesión osteolítica central con calcificaciones condrales asociadas. **Objetivo:** Seguimiento a 4 meses de postoperatorio de paciente femenino de 33 con reporte histopatológico de condrosarcoma con bordes libres. **Material y métodos:** En enero de 2008 se identifica en la consulta externa de cirugía cardiotorácica a paciente femenino de 32 años de edad, la cual inicia su padecimiento de un año de evolución caracterizado por: aumento de volumen con deformidad de tórax de lado derecho, así como datos de dificultad respiratoria, se le realiza RX de tórax la cual se observa en AP: ensanchamiento mediastinal que desplaza mediastino derecho y la RX lateral se observa deformidad del esternón con datos de tumoración retroesternal. En la TAC de tórax se observa lesión del mediastino gigante que comprime tráquea, aorta, arteria pulmonar así como bronquio pulmonar derecho. Paciente que es sometida a resección condroesternal total con aplicación de malla protésica con doble capa de polipropileno. **Resultados:** El resultado de esta paciente, no se observó inestabilidad torácica durante el postoperatorio, él reporta histopatológico de la pieza, se nos reportó condrosarcoma con bordes libres de tumoración la cual no necesitó de quimioterapia ni radioterapia, se ha dado seguimiento a 4 meses con TAC y RX de control sin imágenes sugestivas de actividad tumoral ni metástasis a otros órganos. **Conclusiones:** los condrosarcomas son, en nuestra serie, los tumores malignos primarios de pared torácica más frecuentes; una amplia resección ofrece, en este tipo de tumores, buenos resultados, con una escasa morbilidad. En la mayoría de los casos es necesario realizar una técnica de reconstrucción de la pared. En los condrosarcomas se ha observado una buena supervivencia a largo plazo.

MÓDULO: CIRUGÍA PEDIÁTRICA

90

VÓLVULO DE INTESTINO DELGADO CAUSADO POR UN QUISTE MESENTÉRICO: REPORTE DE UN CASO

Rubén Alejandro Meza Díaz, Arteaga TR, Aburto FMC, Lerma AR, Álvarez

MOA, Córdoba CC. Servicio de Cirugía, Hospital General Querétaro SSA, Querétaro, Querétaro

Introducción: El quiste mesentérico es una patología que se presenta a cualquier edad, es poco frecuente con una presentación de 1/20,000 admisiones pediátricas y 1/250,000 en general. Desde su descripción por Benevial en 1507 hasta el 2004 se habían descrito aproximadamente 820 casos. La clasificación de Perrot et al, es la más aceptada y divide a los quistes mesentéricos en 6 grupos: 1) Quistes de origen linfático (quistes linfáticos simples y linfangioma), 2) Quistes de origen mesotelial (quistes mesoteliales simples, mesotelioma quístico benigno y mesotelioma quístico maligno), 3) Quistes de origen entérico (quistes entéricos y quistes de duplicación intestinal), 4) Quistes de origen urogenital, 5) Teratoma quístico maduro y 6) Pseudoquiste (infeccioso o traumático). Pueden tener un curso indolente y ser un hallazgo durante cirugía abdominal por otra causa, puede ser sintomático causando dolor abdominal crónico o tener una presentación aguda como hemorragia, ruptura o torsión siendo la obstrucción intestinal una presentación rara. El tratamiento debe ser la resección quirúrgica (incluso en los casos asintomáticos) ésta puede ser abierta o laparoscópica. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 9 años sin antecedentes de importancia que ingresó al Servicio de Urgencias con cuadro de dolor abdominal difuso, náusea, vómito de inicio gastrobiliar progresando hasta ser de contenido intestinal y distensión abdominal de 24 horas de evolución. Las radiografías mostraban múltiples niveles hidroaéreos con ausencia de gas distal. Los exámenes de laboratorio únicamente mostraron leucocitosis de 13,000 con neutrofilia sin otra anomalía. Se efectuó laparotomía evidenciando tumor quístico multiloculado dependiente de mesenterio de aproximadamente 25 cm de diámetro a 120 cm del ángulo de Treitz que condicionó vólvulo de ileon con obstrucción intestinal proximal. Se efectuó resección simple del quiste. La evolución postoperatoria resultó sin complicaciones egresando 4 días posteriores al procedimiento quirúrgico. **Conclusiones:** El quiste mesentérico es una patología poco frecuente pero debe conocerse debido a que puede presentar complicaciones graves e incluso malignidad en un 3% en los casos. La resección quirúrgica completa es la norma aunque se ha descrito la marsupialización del quiste cuando la resección compromete la vascularidad de órganos no resecables.

91

REPORTE DE CASO: FETUS IN FETU

Jorge Alejandro Castañeda Ávila. Servicio de Cirugía General. Hospital Carlos Canseco SSA, Pánuco, Veracruz

Introducción: El feto en feto, la presencia de un gemelo atrapado dentro de los límites en desarrollo de su hermano y actuando como parásito de la circulación fetal del gemelo dominante, es una rara entidad clínica. Hasta el año 2004, se han reportado 88 casos. El diagnóstico anatomopatológico es confirmado por la presencia de una columna vertebral, órganos bien diferenciados y muñones de miembros. Otro criterio en el diagnóstico de FIF incluye la presencia de una cápsula o cubierta membranosa fetal, conexiones vasculares, diferenciación de la piel y un cordón umbilical con dos vasos. La localización más común de *Fetus in fetu* es retroperitoneal; de hecho, 80% de los casos han seguido este patrón. Otras localizaciones raras incluyen la cavidad bucal, la región lumbar y el cráneo. **Reporte del caso:** Neonato masculino producto de la gesta 2 de madre de 23 años, con buen control prenatal (10 consultas), cursó con amenaza de aborto en el primer trimestre del embarazo, niega haber consumido drogas en el embarazo, únicamente ácido fólico y hierro, sin aplicación de toxoide tetánico, con ultrasonidos obstétricos donde no se reportó ninguna alteración morfológica, ambos padres en buen estado aparente de salud. Obtenido por vía abdominal indicada por cesárea iterativa y embarazo gemelar, resultando ser el primer gemelo, a su nacimiento con datos de dificultad respiratoria, cianótico, siendo necesaria asistencia ventilatoria con bolsa y máscara, posterior al segundo ciclo con mejoría de su coloración y frecuencia cardíaca, valorándose con un Apgar de 6-7 y un Silverman Andersen de 2, 38 SDG por Capurro, peso bajo para la edad gestacional de 2.43 kg. A la exploración física de su nacimiento se encontró con dificultad respiratoria secundaria a obstrucción de las vías aéreas superiores por tumoración en cara de aproximadamente 10 cm de diámetro con apoyo ventilatorio fase I con oxígeno suplementario con cánula de Guedell, con *Fetus in fetu* fusionado en cara, que obstruye boca, narinas no formadas, ojo izquierdo formado, ojo derecho se observa cerrado, apertura palpebral derecha no valorable, labio superior deformado por la tumoración, en la tumoración se observa un esbozo de miembro superior con un dedo articulado con movimiento, el paladar duro se encuentra afectado por el tumor, paladar blando íntegro, la lengua presenta movimiento, reflejo de succión presente, cuello cilíndrico, tráquea central, tórax simétrico, movimientos ventilatorios simétricos, se ausculta buena ventilación en ambos hemitórax, ruidos cardíacos rítmicos con frecuencia de 140, abdomen blando, muñón umbilical de aspecto normal, ruidos peristálticos normales, no se palpan visceromegalias, extremidades superiores e inferiores íntegras. Inició nutrición parenteral total el 03 de mayo de 2008, comienza a presentar datos de isquemia

de la piel que cubre la tumoración con trasudado en su superficie. Se decide realizar resección del tumor llevándose a cabo el día 5 de mayo de 2008, reseccándose tumoración con aspecto de extremidad de aproximadamente 15 x 4 x 3, se reseca también tumoración lobulada adyacente de 5 x 3 x 4 cm para cerrar área denudada se extraen múltiples piezas dentales de maxilar superior y se realiza osetomía de prominencia ósea central, se realiza rotación de colgajo con buenos resultados funcionales. Posteriormente cursa con buena evolución postoperatoria, tolerando vía oral, sin dificultad respiratoria, se egresa del servicio para traslado a hospital de tercer nivel. En el reporte histopatológico se confirma el diagnóstico al encontrarse esbozos de extremidades bien organizadas. **Conclusiones:** El diagnóstico de *Fetus in fetu* puede ser realizado en la etapa prenatal, en este caso, sin embargo no fue detectado a pesar de un adecuado control prenatal. El diagnóstico diferencial de FIF incluye neoplasia, mas comúnmente un teratoma maduro y pseudoquistes. Niveles más altos de diferenciación tisular, tales como desarrollo de órgano y la columna vertebral distinguen FIF de teratoma.

MÓDULO: CIRUGÍA UROLÓGICA

92

TUMORES TESTICULARES DE CÉLULAS GERMINALES NO SEMINOMATOSOS, REPORTE DE CORIOCARCIOMA TESTICULAR ALTAMENTE INVASOR Y TERATOCARCINOMA, DIFERENCIAS CLÍNICAS Y REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA

Yair Muñoz Contreras, Martínez AC, Martínez TP, De La Peña MS, Lihó NA, Guerra MJ. Servicio de Cirugía. Hospital General Tacuba ISSSTE, México, D.F.

Introducción: El cáncer testicular el 1% de los tumores malignos del hombre. Es más frecuente entre los 15-35 años de edad. Su incidencia anual es de 7 mil casos y mortalidad. **Objetivo:** Mostrar diferencias clínicas de teratocarcinoma y coriocarcinoma, como tumores de CGNS. **Material y métodos:** Se presentan dos casos clínicos. Masculino de 15 años de edad, antecedente: orquidopexia derecha a los 8 años por criptorquidia. Cuadro de 3 semanas de evolución: tos seca, esporádica, acompañada de dolor torácico intermitente y disnea ocasional, fiebre no cuantificada, astenia y adinamia, pérdida de peso de 7 kg. A la exploración, hemitórax izquierdo: matidez en regiones media y basal izquierdas, hipoventilación, y disminución de vibraciones vocales. Testículo izquierdo normal, derecho 5-6 cm, contornos irregulares, indurado y no doloroso a la palpación. Leucocitos 16,700, dHl 504, aFP 36, GCH 676. USG testicular: testículo derecho aumentado de tamaño y ecogenicidad heterogénea y calcificaciones. idx: imágenes sugestivas de carcinoma de testículo derecho. TC tórax: múltiples implantes en ambos hemitórax, implantes cerebrales en región frontal y occipital de hemisferio izquierdo. Hígado con implantes en ambos lóbulos y a nivel de retroperitoneo. Se realiza orquiectomía radical derecha, sin embargo fallece el paciente 7 días después. Reporte patológico coriocarcinoma. Masculino 15 años de edad, refiere criptorquidia derecha y descenso testicular espontáneo a los años. Cuadro de 4 meses de evolución con aumento de volumen en testículo derecho, asociado a dolor punzante, pérdida de peso 5 kg. A la exploración testículo derecho de 10 x 8 cm, bordes irregulares y no doloroso, izquierdo normal. Leucocitosis 16,900, aFP 335, GCHb 92.2, LDH 145. Radiografía tórax normal, USG testicular: testículo derecho 10 x 7 cm, quístico, bordes irregulares, reporta teratocarcinoma derecho. TC: ganglio paraortocavo 2 cm. Se realiza orquiectomía derecha y quimioterapia BEP (bleomicina, etopósido y cisplatino). Paciente con mejoría y continua quimioterapia y en vigilancia. **Resultados:** El coriocarcinoma y el teratocarcinoma son TCGS, más raros. Sus diferencias son claras desde presentación clínica, pronóstico. A pesar de ser dos pacientes etarios similares, la evolución fue muy diferente, teniendo además en consideración la realización de orquidopexia en el caso del coriocarcinoma, que condiciona pérdida de la barrera natural, sin embargo, también es el de peor pronóstico, dadas las metástasis hematogénas, por lo que la mortalidad asociada es de 100% a menos de 5 años del diagnóstico, como en nuestro caso. En caso de teratocarcinoma el pronóstico se espera bueno en este paciente, una vez instaurada la quimioterapia, además de factores de buen pronóstico. **Conclusiones:** Es por ello importante el diagnóstico en grupos de riesgo, la autoexploración, orientación de padres y personal de salud.

93

MANEJO DE HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO EN PENE. REPORTE DE UN CASO

Jaime José Tamez Salazar, Manjarrez TA, Aguirre MD, Novoa ZJA. Servicio de Cirugía General. Hospital San José/Hospital Metropolitano SSA, Monterrey, Nuevo León

Introducción: Las lesiones de arma de fuego son comunes, sin embargo, en la región genital constituyen casos inusuales, estas lesiones frecuentemente resultan en daño de estructuras elementales, por lo que el pronós-

tico en este grupo de pacientes suele ser malo, únicamente en casos en los que la lesión es por un proyectil de bajo calibre y no se lesionan estructuras vasculares o la uretra son los pacientes en quienes se puede lograr un buen resultado y la preservación de la función urinaria, inclusive aspirar a recuperar la función sexual. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 42 años, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia, que ingresa al Servicio de Urgencias del Hospital General de Galeana N.L. refiriendo que 2 horas previas accidentalmente recibe un impacto de un proyectil de arma de fuego de bajo calibre (4.5 mm) en la región del pubis, además de referir pérdida de sangre de aprox. 500 cc, así como sangrado activo. A la exploración física no se observa sangre en meato urinario, mas se identifica lesión de entrada de proyectil en la línea media del pubis, con edema severo del cuerpo del pene, glande y escroto, al observarse únicamente orificio de entrada sin lesión de salida se intenta localizar el proyectil por medio de palpación sin conseguirlo, se coloca una sonda de Foley obteniendo orina clara y se decide introducir una guía de un catéter Franklin a través de la Foley. El paciente se ingresa a quirófano y bajo anestesia epidural, se realiza exploración de la región afectada, en la que no se logra identificar ni el origen del sangrado ni el proyectil. Se decide empaquetar cuidadosamente el área afectada para no lesionar los vasos y se coloca una pinza hemostática en la incisión, se toma una radiografía AP encontrando el proyectil a 12 cm de distancia. Se realiza incisión pequeña sobre dicho sitio y se extrae y se realiza hemostasia utilizando 2 sondas Foley una de proximal a distal y otra de distal a proximal, se insuflan ambos globos y se dejan por 20 min, posteriormente se introduce un fistulótomo y se coloca drenaje de Penrose. El edema disminuyó gradualmente y al 3er día se encontraba prácticamente normal sin evidencia de infección. El paciente fue revisado posteriormente encontrándose en buenas condiciones generales, además de presentar función urinaria y sexual conservada. **Conclusiones:** Las lesiones en esta región son de difícil manejo, ya que la exposición del trayecto condicionaría a tener un proceso cicatrizal que dificultaría la erección o presentaría dolor además del diámetro tan pequeño del orificio junto con el edema impide la exposición de la zona sangrante, por lo que una alternativa es manejar estas lesiones con compresión de un globo de sonda Foley y de acuerdo a la longitud del trayecto, se puede introducir 2 sondas encontradas para cubrir toda la zona lesionada como en este caso. La colocación de sondas Foley es una alternativa que demostró segura y efectiva en este caso, además de ser de bajo costo para el manejo y control de hemorragias en la región genital, siempre y cuando las lesiones estén limitadas a piel y tejidos blandos.

94

CÁNCER DE PENE. REPORTE DE 7 CASOS

Martha Verónica Santiago Muñoz. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Puebla SSA, Puebla, Puebla

Introducción: El cáncer de pene es una neoplasia poco frecuente menos del 1% de todos los tumores malignos observados en varones, los factores de riesgo relacionados son la no circuncisión, la infección por virus de papiloma humano y la irritación crónica que permitirá a la *Corynebacterium smegmatis* transformar el esmegma en esteroides cancerígenos. El tratamiento quirúrgico principalmente, el abordaje inguinal en etapas tempranas es controvertido, el valor de la quimioterapia y la radioterapia es limitado. **Reporte del caso:** Se incluyeron 7 pacientes la edad promedio fue de 66 años, la estirpe histológica observada en todos fue: carcinoma epidermoide, las etapas clínicas fueron EC I 1 paciente, EC II 2 pacientes, EC III 3 pacientes y EC IV 1 paciente, el tratamiento quirúrgico se realizó en 6 pacientes, 3 penectomías parciales y 3 penectomías totales, 1 paciente se envió a quimioterapia paliativa exclusivamente. **Conclusiones:** Aun en centros especializados en cáncer, el manejo quirúrgico puede diferir entre los diferentes cirujanos, esto pudiera ser explicado por los pocos casos observados, sin embargo el realizar un manejo quirúrgico oportuno y radical influirá en el periodo libre de enfermedad y en la sobrevida de estos pacientes, existen pocos protocolos que están investigando el valor de la utilización del ganglio centinela en etapas tempranas con ingles clínicamente negativas, pero aún faltan resultados de series grandes que validen esta conducta.

95

TUMOR DE WILMS EN PACIENTE PEDIÁTRICO 7 MESES

María Angélica Hernández Vidales, Ramírez LRA, Ortiz SL, Delgado GJ, Castillo GJA, Mar CR, Cerda CL, Viesca GJJ, Pacheco GC, Garibaldi M, Chávez RC. Servicio de Cirugía General. Hospital Carlos Canseco SSA, Tampico, Tamaulipas

Introducción: El tumor de Wilms es el tumor renal maligno primitivo más común de la niñez. Neoplasia derivada del blastema renal, formada por una mezcla de epitelio renal primitivo y elementos del estroma, con alteración del cromosoma 11p13 y los genes supresores WT-1 y WT-2. Constituye el 6-7% de todas las neoplasias malignas de los niños. Tiene una incidencia de 8.1 por millón de habitantes menores de 15 años por año. En

cuanto a las edades de los pacientes en el momento del diagnóstico, un 15% son menores de 1 año y un 80% menores de 5 años de edad (media de edad en varones: 36.5 meses y en mujeres 42.5 meses) relación varón/mujer 1/1.1. Determinar en estudios especializados la asociación o ausencia de síndromes congénitos en los casos de neoplasias pediátricas. **Reporte del caso:** Masculino de 7 meses de edad sin antecedentes heredo-familiares ni perinatales de importancia para padecimiento actual, el cual inicia una semana previo a su ingreso referido por particular para protocolo de estudio, presentando aumento de volumen abdominal, hematuria macroscópica y presencia de masa de consistencia pétreo en hemiabdomen y flanco izquierdo. A la exploración física: Masculino de edad aparente mayor a la cronológica, sedestación adecuada y sin apoyo, deambulación con apoyo, buen tono y fuerza muscular, sin aniridia, cavidad oral sin alteraciones, no compromiso cardiorrespiratorio, abdomen globoso a expensas de tumoración de consistencia dura, desplazable, que abarca hemiabdomen izquierdo, perceptible levemente en fosa renal ipsilateral y dolor a la palpación, genitales acorde a edad y sexo sin alteraciones aparentes, presencia de hematuria macroscópica, ano permeable, no se observan malformaciones a otro nivel. Imagenología: US y TC tórax y abdomen neoplasia renal izquierda de 10 x 10 cm con diagnóstico de tumor de Wilms (nefroblastoma). Quirúrgico: se solicita interconsulta al Servicio de Cirugía Pediátrica y Oncológica Pediátrica para protocolo de estudio y tratamiento programándose para nefrectomía con resección completa de tumor renal el 10 de abril 2008, con hallazgos quirúrgicos de adenitis mesentérica de aproximadamente 1 cm de eje mayor, resto del acto quirúrgico sin complicaciones. Reporte anatomopatológico: Producto de nefrectomía izquierda, tumor de Wilms (nefroblastoma) de componente monofásico con necrosis y hemorragia (etapa II), límite quirúrgico (uretero-arteria-vena libre de lesión) pielonefritis crónica. **Conclusiones:** Por datos clínicos, de gabinete, quirúrgico y de patología se diagnostica tumor de Wilms. Por la presentación clínica y edad del paciente se descarta la asociación con el síndrome Beckwith-Wiedeman (gigantismo, onfalocoele y anomalías genitourinarias) ya que este síndrome presenta del 6 al 10% de desarrollo de esta neoplasia, queda pendiente el seguimiento con examen físico cada 6 meses hasta terminar su crecimiento. Así como la valoración molecular con estudios de disomía uniparental de 11p15. Por lo tal es necesario estudio genotípico individual y familiar (Síndrome de Beckwith-Wiedeman).

96

TRATAMIENTO DE QUISTE RENAL SIMPLE CON ABORDAJE LAPAROSCÓPICO RETROPERITONEAL

Juan José Granados Romero, Fuentes MF, Gutiérrez CPJ, Vega CJ. Hospital General de México SSA, México, D.F.

Introducción: El riñón es uno de los lugares en donde frecuentemente se desarrollan quistes, Gardner sugirió que una dilatación tubular cuatro veces superior a diámetro normal (más de 200 Mc) debería llamarse quiste. Siendo éstos dilataciones saculares o fisiformes que asemejan divertículos y que están localizados en varios sitios a lo largo de la nefrona pudiendo comunicarse o no con los glomérulos, túbulos, túbulos colectores o cálices, pueden ser unilaterales o bilaterales y pueden presentar alguna forma de displasia. Los quistes renales tienen una prevalencia reportada del 24% como hallazgo tomográfico y aumenta en un 58% con la edad después de los 50 años. Una diferenciación entre quistes benignos y aquellos que justifican una intervención quirúrgica es difícil, los carcinomas renales ocultos resultan de necrosis cística o crecimiento cístico intrínseco en donde las células epiteliales neoplásicas revisten la pared quística o septos. La mayoría de los quistes son asintomáticos sin requerir tratamiento, sin embargo entre las manifestaciones frecuentes son dolor, hematuria, infección u obstrucción que justifica tratamiento quirúrgico. En los últimos años la cirugía de mínima invasión ha sido el abordaje de elección para los quistes renales evitando la morbilidad relacionada con la cirugía abierta. **Reporte del caso:** Presentar el desarrollo de la técnica laparoscópica en el manejo de quistes renales simples. Femenina de 36 años de edad sin antecedentes personales de importancia, la cual inicia su sintomatología 1 año previo con dolor en región lumbar catalogado en escala visual análoga de 7/10, sin otra manifestación, a la cual se le realiza ultrasonografía la cual reporta quiste renal simple derecho, no trabeculado de 4 x 3 cm. La cual dado a la sintomatología, se decide realizar resección del mismo por abordaje laparoscópico. Se somete a resección de quiste vía laparoscópica abordaje retroperitoneal con 3 puertos 1 de 10 mm y 2 de 5 mm realizando destechamiento y electrofulguración de su base con un tiempo quirúrgico de 30 minutos sin complicaciones encontrando un quiste renal simple de 5 x 5 cm. **Conclusiones:** La resolución quirúrgica del quiste renal simple por vía laparoscópica mediante abordaje retroperitoneal es factible. La decorticación es un tratamiento efectivo no sólo para aliviar los síntomas si no para detección de lesiones premalignas. Las indicaciones de acceso laparoscópico para abordaje de quistes siguen las mismas indicaciones para la técnica convencional: Compresión de la vía excretora, infección o hemorragia. Es importante diseccionar bien los límites del quiste antes de drenarlo para tener una perfecta orientación con relación a los bordes de tejido renal normal. La fulguración debe ser en bordes de tejido normal para evitar la recidiva. El acceso laparoscópico lumbar extraperitoneal es una ex-

celente opción de abordaje de mínima invasión para cirugías ablativas presentando ventajas al no violarse la cavidad abdominal con bajo índice de complicaciones.

97

ANGIOMIOLIPOMA RENAL, SÍNDROME DE WUNDERLICH

Carlos Gamiño Sabagh. Servicio: Cirugía General. Hospital General Puebla SSA, México D.F.

Introducción: Los angiomiolipomas son tumores renales benignos no muy frecuentes que aparecen en dos tipos de poblaciones diferentes, se presentan en aproximadamente 45-80% de los casos en esclerosis tuberosa y suelen ser bilaterales o asintomáticos, mientras que en casos sin esclerosis tuberosa suelen ser unilaterales, de mayor tamaño y alrededor del 25% de los casos se complican con ruptura espontánea que produce una hemorragia retroperitoneal espontánea denominada síndrome de Wunderlich. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenina de 34 años de edad la cual no cuenta con antecedentes de importancia para su padecimiento actual, niega enfermedades cronicodegenerativas y no tiene antecedentes heredo-familiares de importancia. Inicia su padecimiento actual tres días previos a su llegada a nuestro Servicio de Urgencia con astenia, adinamia, dolor en fosa renal izquierda, irradiado hacia flanco izquierdo, disuria, hematuria, náusea y vómito. Se pide interconsulta a nuestro servicio en donde se observa la paciente con SV de TA 100/70, FC 110, temperatura de 38 °C, FR 28x', deshidratada, con palidez de tegumentos, diaforesis, dolor tipo cólico intensidad 8-10, normocéfala sin endo o exostosis, cuello sin alteraciones, cardiopulmonar sin compromiso aparente sólo taquicardia, abdomen distendido, doloroso a la palpación superficial, media y profunda con datos de irritación peritoneal, puntos ureterales superior y medio positivos, posición antiálgica, peristalsis disminuida en intensidad y frecuencia, dolor a la palpación bimanual de fosa renal izquierda intensa. Se toman placas de abdomen en donde se observa la presencia de un ilio en hipocondrio y flanco izquierdo, no hay presencia de niveles hidroaéreos, se realiza posterior a esto USG en donde se observa hemorragia perirrenal activa con hematoma importante del 50% en polo superior, posterior a esto se realiza una TC 9 sólo con días académicos ya con equipo quirúrgico listo para la cirugía de emergencia; en donde se observa el hematoma perirrenal izquierdo junto con una masa de 4 x 3 cm la cual muestra alto contenido en grasa y la presencia de hemorragia activa con múltiples vasos de neoformación por lo que se sugiere normar conducta quirúrgica para realizar una probable nefrectomía, cabe mencionar que la paciente no contaba con antecedente traumático. Posterior a esto se realiza exploración quirúrgica de la zona en posición de litotomía, se realiza incisión para abordaje renal con exploración retroperitoneal en donde se observa una masa de 3 x 4 cm con sangrado activo en polo superior renal conformación de hematoma de contención en el área por lo que se decide realizar nefrectomía debido a la amplia vascularidad que la lesión presentaba, que ocupaba todo el lóbulo superior, posterior a la cirugía se mandó la muestra a patología en donde se reportó la presencia de angioliopoma renal, por lo que se relacionó con la presencia de esclerosis tuberosa en la paciente a la cual en este momento se esta estudiando por esta patología de base; en la cual está asociada esta entidad hasta el 85% de los casos y solamente el 10% de éstos se relaciona con un cuadro de hemorragia perirrenal o síndrome Wunderlich, el cual al presentarse es una emergencia médica. **Conclusiones:** El angiomiolipoma renal es una entidad benigna rara, que fue inicialmente descrita por Morgan en 1943 y constituye una entidad del 2% de los tumores benignos de riñón que consta de tres componentes básicos músculo liso, tejido adiposo y vasos de neoformación múltiple, macroscópicamente son muy parecidos al carcinoma renal por lo que su conducta asociada a un riesgo del 45% de conversión al mismo es quirúrgico radical. Se refiere en un estudio que el tamaño del tumor por arriba de 4 cm es constante que se complique con el síndrome de Wunderlich, pero realmente no es un parámetro para diferenciar datos importantes para su tratamiento quirúrgico, se dice también que la BAAF, puede ser diagnóstica pero comprobamos por la alta vascularidad que realmente no puede ser la primera opción de tratamiento.

98

ANGIOLIPOMA RENAL PRESENTACIÓN DE UN CASO

Godofredo Sánchez Hernández. Servicio de Cirugía. Hospital General de Puebla «Eduardo Vázquez Navarro» SSA, Puebla, Puebla

Introducción: El angioliopoma es un tumor benigno, que se caracteriza por la proliferación del tejido adiposo y del tejido vascular, relacionado con tejido mesenquimatoso, se presenta una paciente operada en nuestro servicio. **Reporte del caso:** Femenina de 46 años de edad, hipertensa de 4 años, 1 año de evolución con presencia de dolor en región lumbar izquierda, más hematuria. Estudios ultrasonido renal que reporta tumor renal izquierdo, tomografía axial computada que reporta angiomiolipoma, la paciente es programada para la realización de nefrectomía izquierda, realizándose sin complicaciones evolucionando en el postoperatorio

adecuadamente. **Conclusiones:** El angioliopoma es tumor raro, relacionado con afecciones en diversos niveles debido a su relación principalmente con linfangioleiomiomatosis y la esclerosis tuberosa afectando al sistema nervioso central, pulmón, útero, piel, tubo digestivo.

99

PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA, REPORTE DE UNA SERIE DE CASOS
Humberto Magadan Salazar, Magadán SG, Rojas ACI, Ahumada TJM, Urbina Arenas JM. Servicio de Cirugía General. Hospital Dr. Carlos Calero Elorduy ISSSTE, Cuernavaca, Morelos

Introducción: La pielonefritis enfisematosa es una infección fulminante necrotizante del tracto urinario superior, asociado con gas dentro del riñón o de los tejidos perinfrénicos. La infección progresa rápidamente y es muy común en las personas diabéticas, la flora que la ocasiona generalmente es mixta pero los que más frecuentemente se encuentran implicados son: *E. coli* 68%, *Klebsiella pneumoniae* 9%, y algunos otros como *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas*, *Enterobacter*, *Candida*, *Clostridia species*

Reporte del caso: Se han recibido tres pacientes del 1ro de enero de 2007 al 31 de julio de 2007. **Caso I:** Masculino de 55 años de edad diabético de larga evolución no controlado quien ingresa trasladado de otra unidad médica con 13 días previos de hospitalización, en estado séptico, en malas condiciones generales, se inicia manejo para el desequilibrio hidroelectrolítico, control de la glicemia, realizándose posteriormente nefrectomía simple, encontrando, absceso pararenal derecho y riñón de 25 cm aproximadamente, continuando su control en la Unidad de Cuidados Intensivos, continuando con deterioro importante y falleciendo 1 semana después de su ingreso. **Caso II:** masculino de 50 años de edad camionero, diabético no controlado quien presenta crisis de hipoglucemia, perdiendo el conocimiento y siendo trasladado posteriormente a nuestra unidad hospitalaria, presentando datos de abdomen agudo se realizó laparotomía exploradora encontrando material purulento en la cavidad, así como trombosis y necrosis del mesenterio del colon descendente, se realizó nefrectomía izquierda con colectomía izquierda, colostomía tipo Brook y proceso de Hartmann, manejándose con abdomen abierto y lavados de cavidad cada 48 h, no se pudo contar con el apoyo continuo de la NPT, por lo que continuó con deterioro nutricional, falleciendo 74 días posterior a su ingreso. **Caso III:** Masculino de 65 años diabético mal controlado quien inicia su padecimiento 3 días previos a su ingreso con dolor lumbar y descontrol de la glicemia siendo ingresado a nuestra institución, se realizó TC y se encuentra riñón aumentado de tamaño con aire dentro del parénquima renal, se decide la realización de nefrectomía izquierda, evolucionando satisfactoriamente y siendo egresado a los 4 días posterior a su intervención quirúrgica ya con adecuado control metabólico. **Discusión:** Los pacientes con pielonefritis enfisematosa se presentan generalmente con fiebre, dolor, letargia y confusión, puede ocurrir estado de choque séptico de acuerdo a la evolución de la infección. Se han descrito dos subtipos de pielonefritis de acuerdo a los hallazgos tomográficos encontrados; tipo I (33%), caracterizada por destrucción del parénquima, con presencia de abscesos, colecciones, edema, gas que irradia desde la médula hacia la corteza, presentando también gas subcapsular o perinfrénico, la presencia de absceso o líquido perinfrénico implica un peor pronóstico. La mortalidad estimada es alta llegando a ser del 66%. Tipo II (66%) típicamente se confina el gas al riñón, asociado generalmente a abscesos y colecciones perirrenales, con gas en la pelvis renal, su mortalidad puede llegar a ser del 18%. Existen factores de buen y mal pronóstico como es una creatinina mayor de 1.4 mg/dl y menos de 60,000, plaquetas, siendo de buen pronóstico cifras menores de creatinina y mayores del conteo plaquetario. No existe predilección racial pero se asocia fuertemente a los individuos que presentan diabetes mellitus, la relación hombre mujer es de 1:2 respectivamente, siendo el promedio de edad los 54 años. La pielonefritis enfisematosa puede ser bilateral en un 5-7%. Los estudios con los que se puede llegar a confirmar el diagnósticos son; placa simple de abdomen, ultrasonido, tomografía computada y resonancia magnética. El tratamiento de elección es el inicio de antibióticos de amplio espectro, manejo de la glicemia en el paciente diabético y manejar la obstrucción renal, así como el pronto drenaje o realización de nefrectomía según el caso. **Conclusiones:** El manejo adecuado de esta patología requiere apoyo multidisciplinario, siendo indispensable para obtener buenos resultados, ya que si se retrasa el diagnóstico y el inicio del control metabólico e hidroelectrolítico así como la desobstrucción del sistema urinario la patología progresa rápidamente, pudiendo comprometer los tejidos aledaños, requiriendo manejo quirúrgico extenso.

100

URETEROLITOMÍA LAPAROSCÓPICA EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL SIN SOPORTE DE TRATAMIENTO EXTRACORPÓREO
Yair Muñoz Contreras, Martínez AC, De La Peña MS, Martínez TP, Liho NA, Guerra MJ. Servicio de Cirugía. Hospital General Tacuba ISSSTE, México, D.F.

Introducción: La ureterolitotomía laparoscópica (ULL) ha surgido recientemente como una nueva opción de tratamiento de los cálculos ureterales. Su indicación son cálculos ureterales grandes, del tercio medio y superior, crónicamente impactados con fallas en intentos terapéuticos con litotricia extracorpórea, endoscópica o percutánea, o por no disponer de ellos antes de una indicación de cirugía abierta. La ULL ha sido descrita mediante dos abordajes: transperitoneal y retroperitoneal con similares resultados y mínima estancia hospitalaria. Podría sustituir así a la ureterolitotomía abierta, en algunas de las indicaciones de cirugía abierta de cálculos complejos aún vigentes. **Objetivo:** Valorar indicaciones precisas de esta técnica quirúrgica y su comparación a la técnica abierta. **Material y métodos:** Se presenta el caso de tres pacientes adultos, con cálculo ureteral derecho, dos ubicados en la unión del tercio medio con el tercio superior, y el otro caso con lito a nivel de vasos ilíacos izquierdos, todos de 2 cm de longitud por 1.5 cm de ancho, además de hidronefrosis y ureteropielocaliectasia. Se describe la técnica quirúrgica transperitoneal. Con el paciente en decúbito dorsal, bajo anestesia general, se produce neumoperitoneo por incisión de 1 cm en región umbilical para la introducción en cavidad de trócar insuflador (10 mm). Punción para 3 puertos adicionales de trabajo (1 de 10 mm y 2 de 5 mm) en forma de diamante. Se incide fascia de Told, se aborda retroperitoneo, se identifica uréter dilatado y rodeado de inflamación extensa a nivel del cálculo, se comienza su disección (2 cm) en sentido proximal y distal de la litiasis. Se realiza ureterotomía mediante tijera de manera longitudinal. Se logra movilización y se extrae lito del uréter. Por vía endoscópica se corrobora inexistencia de otros litos. A través de control laparoscópico se pasa la guía metálica por uréter hasta el riñón y posterior ascenso de catéter doble J. Se realiza cierre de la ureterotomía mediante sutura de catgut crómico 2.0 en puntos separados intracorpóreos. Finalmente se coloca drenaje tipo Penrose en retroperitoneo extrayéndolo por contraabertura a través de puerto de 5 mm, y cierre de puertos de entrada mediante 1 punto de nylon. Posteriormente se realiza control radiológico de catéter doble J. **Resultados:** La recuperación postoperatoria fue muy rápida, sin signos de fístula urinaria, con una estancia hospitalaria de 1.5 días y la recuperación funcional se consideró satisfactoria. **Conclusiones:** El tratamiento de la litiasis ureteral se ha simplificado con la aplicación sistemática de procedimientos poco invasivos como son la litotricia por ondas de choque y la ureteroscopia anterógrada o retrógrada, con litotricia intracorpórea y con o sin la ayuda de derivaciones urinarias transitorias. Las complicaciones de estos procedimientos son significativamente leves, y dejan poco lugar para la indicación de una ureterolitotomía abierta, que quedaría limitada a los cálculos ureterales complicados por tener un tamaño, dureza o impactación particularmente grandes, situaciones que los hacen de más difícil tratamiento o resistentes a las técnicas anteriores, o bien si se trata de pacientes con condiciones médicas particulares, (sepsis urinaria, ciertas enfermedades crónicas y otras circunstancias). La ULL es una alternativa válida para el tratamiento de la litiasis ureteral refractaria al tratamiento extracorpóreo y para aquellos cálculos con acceso ureteral difícil debido a uréteres estrechos, evitando varios procedimientos endourológicos consecutivos, en nuestro caso elegimos la realización de técnica transperitoneal, por habituación del equipo laparoscópico y quirúrgico a este medio. Se han reportado similares resultados en ambas técnicas, escasas complicaciones y mínima estancia hospitalaria en comparación a la técnica abierta.

101

LITIASIS VESICAL EN EDAD PEDIÁTRICA

Cristóbal Arellano De La Rosa, Hernández RG. Servicio de Cirugía. Hospital Integral de Acajete, Puebla SSA, Puebla, Puebla

Introducción: La litiasis vesical en la edad pediátrica es una patología frecuente en los países de economías emergentes, los factores climáticos, dietéticos y anomalías anatómicas influyen en su aparición. La hematuria, el dolor abdominal, dolor en flancos o en la espalda, y los síntomas de infección urinaria son algunas de las presentaciones clínicas, el diagnóstico se establece por radiología simple, sonografía, urografía excretora, o incluso TAC de abdomen son algunos de los estudios para confirmar el diagnóstico, los cálculos se clasifican de acuerdo a su composición y pueden ser de calcio, cistina, estruvita y de ácido úrico. La hipercalcemia es el trastorno metabólico más común en los niños. Dentro de las bacterias aisladas se hallan *Proteus mirabilis* y *E. coli*. El tratamiento es dietético y médico (Tiazidas), en las alteraciones metabólicas el manejo quirúrgico puede incluir técnicas endoscópicas, combinadas con laparoscopia, litotricia extracorpórea, endourológica bajo sedación o anestesia mínima, o bien cistotolitotomía más drenaje. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 11 años de edad con desnutrición moderada con historia crónica de disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, fiebres y hematuria con exacerbación en los últimos tres meses sin respuesta al tratamiento médico recibido en unidades de primer nivel, se recibe consciente con actitud forzada, palidez tegumentaria, quejumbrosa localizando el dolor en el hipogastrio y con franca hematuria con signos de giordanos positivos bilaterales, sus ruidos peristálticos se auscultan normales. La radiografía simple de abdomen permite observar una imagen ovoide radioopaca en el hipo-

gastro en el hueco pélvico y otra en el cálice renal inferior izquierdo, (confirmado en la urografía excretora realizada en el postoperatorio), la ultrasonografía permite visualizar una imagen hiperecoica que proyecta sombra sónica posterior a nivel intravesical. Poco móvil en el cuello vesical, su examen de orina con hemoglobinuria-eritrocituria leucocituria, piuria y ph alcalino, azoados normales, tipo sanguíneo O negativo, se plantea cistolitotomía y cistostomía, en la que se tiene como hallazgo una vejiga trabeculada con hipertrofia de la capa muscular, hematuria franca intravesical y un lito grande incrustado en el cuello vesical que deja una zona cruenta de la pared vesical, se dejan dos sondas una de cistostomía calibre 14 Frch y drenaje del retzius, manejamos cistocistisis por 48 h. Al remitir la hematuria retiro de sondas a las 96 h. Egresando sin complicaciones al 5° día del postoperatorio con seguimiento exitoso por consulta externa. **Resultados:** La evolución del caso de la paciente pediátrica se resolvió con una técnica de cistolitotomía y cistostomía, resolviendo el cuadro doloroso abdominal agudo, en consulta externa fue referida al tercer nivel para litotricia extracorpórea. **Conclusiones:** La litiasis vesical en pacientes pediátricos puede ser manejada satisfactoriamente mediante cistolitotomía y drenaje de forma segura y exitosa en unidades carentes de recursos ideales, el manejo debe incluir descartar la presencia de litiasis en otros sitios, el estudio del cálculo es obligado para el manejo médico metabólico ulterior del paciente. Estas entidades patológicas pediátricas aunque poco comunes son competencia del cirujano general y su manejo siempre será multidisciplinario.

102

ABDOMEN AGUDO POR DIVERTÍCULO VESICAL ROTO

Salvador Chacón Ramírez, Serna V, Flores RO, Beylán VC, Lechuga NJ, Obregón PR, Fernández FA, ACEVEDO VG, Escalante AE, Gómez CH, García HG. Servicio de Cirugía General. Hospital Agustín O'Horán SSA, Mérida Yucatán

Introducción: El síndrome adherencial da cuenta, por sí solo, de la gran mayoría de las oclusiones intestinales en el postoperatorio tardío. Aunque el manejo expectante es el tratamiento inicial en estos casos, un número considerable de pacientes requerirán una nueva exploración abdominal para solucionar el problema, ya sea liberando las adherencias o reseccionando segmentos intestinales necróticos. En el resto de pacientes reintervenidos se encontrarán otras causas, presentamos aquí una de tipo urológico. **Reporte del caso:** Masculino de 28 años de edad, sin enfermedades cronicodegenerativas ni infectocontagiosas. Hace un año sufre traumatismo abdominal cerrado al caer de su propia altura después de haber ingerido una considerable cantidad de alcohol. En un hospital de segundo nivel de atención se le realiza laparotomía exploradora (LAPE) por abdomen agudo pero no reportan ninguna lesión visceral ni vascular que requiera manejo. La evolución del postoperatorio es tórpidamente trasladando al paciente a hospital de 3er nivel donde se realiza nueva LAPE ya que presenta datos francos de irritación peritoneal. En esta segunda intervención se localiza lesión vesical intraperitoneal con herida de 2 cm y se repara en dos planos, colocando cistostomía. Evoluciona satisfactoriamente y es egresado a los 4 días sin drenajes ni sondas. Seis meses después comienza con dificultades para la micción y se le diagnostica clínicamente estenosis uretral, sin documentarla con estudios de gabinete. Se presenta un año después de la primera LAPE al Servicio de Urgencias de nuestro hospital de segundo nivel con ausencia de evacuaciones y sin canalización de gases de 1 día de evolución, náuseas y vómitos sin fiebre, con el abdomen distendido, timpático y silencioso, pero sin datos de irritación peritoneal. En los resultados de laboratorio no hay leucocitosis ni alteraciones en los electrolitos séricos. Las placas de abdomen muestran distensión de asas, ausencia de aire en ampulla rectal y niveles hidroaéreos en marco colónico izquierdo. Se hospitaliza para manejo conservador clásico con instalación de sonda nasogástrica (SNG), analgésicos y antibióticos profilácticos para la traslocación bacteriana. Presenta mala evolución desarrollando abdomen agudo con restricción respiratoria a las 24 h del internamiento por lo que se decide nueva LAPE con autorización del paciente. No es posible ferulizar la uretra hasta la vejiga, por lo que se inicia el procedimiento sin sonda de Foley. Se realiza exéresis de la cicatriz previa abordando por la línea media y al llegar a cavidad se drenan 4 litros de líquido transparente, inoloro y sin detritus de ningún tipo. Órganos gastrointestinales y bazo normales. Al explorar el hueco pélvico se encuentra en la cara posterior de la vejiga una estructura diverticular de pared sumamente adelgazada a través de la cual se transparenta el contenido vesical, con una perforación por donde sale a presión el mismo líquido drenado al inicio de la cirugía. Se abre el divertículo y se realiza su exéresis. Se coloca sonda de cistostomía a través de la cara anterior y se cierra el defecto en 2 planos. Se lava la cavidad exhaustivamente y se cierra la pared dejando Penrose en el espacio de Retzius. Buena evolución postoperatoria, el paciente egresa a las 48 h sin drenaje, con sonda de cistostomía funcional con orina clara, tolerando la vía oral y con evacuaciones presentes. Pendiente la resolución de la estenosis uretral. **Conclusiones:** Puesto que la literatura es muy escasa en el tema, presentamos el caso a consideración de la comunidad quirúrgica para mostrar esta causa particular de abdomen agudo en el paciente postoperado de LAPE. En este caso, la estenosis ure-

tral condicionó a esfuerzo crónico para la micción lo que, al aumentar la presión intravesical, ocasionó la aparición y el deterioro del divertículo en la cara posterior, en el mismo sitio de la intervención quirúrgica donde se reparó el defecto postraumático.

103

HERNIA VESICAL MASIVA REPORTE DE CASO

Humberto Magadán Salazar, Rojas ACI, Ahumada TJM, Urbina Arenas JM. Servicio de Cirugía General. Hospital Dr. Carlos Calero Elorduy ISSSTE, Cuernavaca, Morelos

Introducción: La hernia inguinal en la que se desliza la vejiga en el saco herniario, es una patología muy poco frecuente con una incidencia dentro de la región inguinal del 1 al 3%, dándose generalmente con pequeñas porciones de la vejiga, encontrándose como hallazgo durante la reparación de la hernia inguinal. Estas hernias se asocian generalmente a la distensión vesical persistente secundaria a un mecanismo obstructivo, en el varón secundario a la hiperplasia obstructiva, por presentar debilidad de las estructuras musculares y la disminución del tono vesical. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 84 años de edad quien ingresa al Servicio de Cirugía General por presentar datos de oclusión intestinal, tiene antecedentes de ser hipertenso de reciente diagnóstico, siendo manejado con metoprolol, durante su ingreso al Servicio de Cirugía General, se realizó laparotomía exploradora de urgencia por datos de abdomen agudo, secundaria a oclusión intestinal, con hallazgos descritos de; hernia indirecta con contenido intestinal, el cual se redujo hacia cavidad abdominal sin necesidad de resección, y presentando hernia directa en la cual reobser-va la migración de la vejiga en casi su totalidad a la región inguinoescrotal. Evoluciona satisfactoriamente y es egresado por mejoría, en el Servicio de Urología posteriormente se realiza uretrocistografía en la que se observa el deslizamiento de la vejiga dentro del saco herniario inguinal. Se sometió a exploración de la región inguinal derecha encontrando hernia por deslizamiento en la que el saco herniario presentaba un quiste con contenido de 1,500 cc, teniendo en el interior la vejiga en casi su totalidad y la presencia de un hidrocele. Se realizó orquiectomía derecha, resección del quiste, reducción de la vejiga hacia el espacio de Retzius y reparación de la región inguinal con malla de prolene. El paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresado posteriormente a su domicilio. **Discusión:** El desarrollo de la hernia vesical inguinoescrotal puede deberse principalmente a dos factores en los que se contempla la obstrucción del tracto urinario secundario a la hiperplasia prostática obstructiva y menos frecuente a la estenosis uretral, otra causa es la debilidad de la pared vesical, permitiendo que se pueda deslizar esta misma a través del piso inguinal, pudiendo también ser causas la edad, la obesidad, adherencias peritoneales, patología vesical congénita y a la hernia inguinal. Las hernias vesicales se pueden clasificar en intraperitoneales, cuando la vejiga herniada se encuentra dentro del saco peritoneal; extraperitoneales si el peritoneo permanece en el abdomen y sólo se hernia la vejiga y paraperitoneales si la vejiga se hernia paralelamente al saco herniario, siendo la última la más frecuente. Se puede diagnosticar por exploración física, ultrasonido, uretrocistografía retrógrada y tomografía computada. **Conclusiones:** El tratamiento de las hernias vesicales es quirúrgico debiéndose reducir o dependiendo el caso realizar resección de la vejiga, regresándose al espacio de Retzius, reparando posteriormente la región inguinal.

104

CISTECTOMÍA PARCIAL Y RESECCIÓN DE TUMOR DE CÉLULAS DEL MANTO POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Felipe Vega Rivera, Weber SA, Carbo RR, Ovilla MR, Gutfrajnd FR, Gar-teiz MD. Servicio de Cirugía General/Laparoscopia. Hospital Ángeles Lomas, México D.F.

Introducción: El linfoma de células del manto (LCM) es un subtipo de linfoma no Hodgkin de fenotipo B que representa entre un 2% y 10% de todos los linfomas. Es un linfoma agresivo que requiere quimioterapia intensiva y trasplante autólogo de médula ósea para lograr óptimos rangos de sobrevivencia. Usualmente suelen presentarse en el tracto gastrointestinal. Sin embargo, es rara la recurrencia vesical. Presentamos este caso con el objetivo de mostrar que la cirugía de resección tumoral por vía laparoscópica cuando es viable, es una opción segura, con mejor recuperación postoperatoria y cosmesis en los casos de recurrencia abdominal fuera del tracto gastrointestinal en los tumores de células del manto. **Reporte del caso:** Masculino de 62 años con diagnóstico de tumor primario (linfoma de células del manto) en tubo digestivo 6 años previos. Fue tratado con quimioterapia y trasplante autólogo de médula ósea desde el año del diagnóstico, presentó recaída los dos años siguientes en ganglios inguinales derechos y posteriormente en ganglio epitroclear en el brazo derecho. En su revisión anual se realizó PET que reportó tumoración sólida de 7.7 cm de diámetro localizada anterior y superior a la vejiga urinaria, a la cual comprimía y desplazaba en sentido postero-inferior. Clínicamente se manifestó con poliaquiuria y dolor en hipogastrio y era palpable a 12 cm infe-

rior a la región umbilical. Se realizó la exploración laparoscópica visualizando tumor supravescical intraperitoneal reseccándose en su totalidad junto con un tercio de la pared vesical del domo. Se reparó la vejiga en dos planos y se verificó la inexistencia de fugas. Su evolución fue satisfactoria, retirando la sonda vesical a la semana de operado. Sin haber ninguna molestia abdominal. **Conclusiones:** Los tumores de las células del manto histológicamente pueden presentar un patrón de crecimiento nodular o difuso y se diferencian dos variedades, típica y blastoide. Clínicamente, suele presentarse en varones de edad avanzada, de forma diseminada y con frecuente afección extranodal que incluyen: Médula ósea, sangre periférica, tracto gastrointestinal, bazo e infiltración ocular. Es particularmente raro en región vesical. La supervivencia media de LCM oscila entre 3 y 5 años. Las opciones terapéuticas en la literatura son los esquemas de quimioterapia y trasplante autólogo de médula ósea, sin embargo en ocasiones la resección quirúrgica está indicada como en este caso. La comunicación y colaboración multidisciplinaria y estrecha entre el hemato-oncólogo, urólogo y cirujano es uno de los factores que permiten mejorar la calidad de vida y recuperación al optar por tratamientos más favorables, convenientes y posibles. El menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria, probabilidad de resección y cosmesis son importantes y justifican el abordaje laparoscópico cuando éste es viable, en los pacientes con recaídas tumorales. Considerando que en otros casos los pacientes son sometidos a varias intervenciones quirúrgicas abiertas que traen consigo mayor tiempo de recuperación, más dolor y estancia hospitalaria, además de afectación en el estado anímico al verse con heridas quirúrgicas mayores. La vía laparoscópica entonces, es una opción en los pacientes con recaídas tumorales, no sólo para la exploración y estadificación, sino para realizar una resección menos cruenta y dolorosa que la vía abierta.

MÓDULO: CIRUGÍA VASCULAR

105

ANEURISMAS DE LA AORTA ABDOMINAL; EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Luis Montiel Hinojosa, De La Garza VL, Rubio-Calva S, Hinojosa CA. Servicio de Cirugía General. Instituto Nacional de Nutrición SSA, México D.F.

Introducción: El aneurisma de la aorta abdominal (AAA) es una enfermedad crónica caracterizada por destrucción de la capa media y dilatación gradual de la aorta, definida como dilatación mayor a 1.5 cm del tamaño normal, para fines prácticos, diámetro mayor a 3 cm. La mayoría se encuentra infrarrenal. Afecta principalmente a personas mayores de 55 años de edad con relación hombre mujer de 5-8: 1. Las características asociadas al desarrollo del AAA son edad avanzada, tabaquismo, enfermedad aterosclerótica, hipertensión, historia familiar, cambios a nivel de la matriz de las metaloproteínas, aumento de la concentración de citoquinas proinflamatorias y productos de la degradación de elastina. Las indicaciones para reparación del AAA en general son basadas por el riesgo que poseen de ruptura. Mayor a 5 cm o un crecimiento de 1 cm por año como consenso en general es aceptado. Existen dos modalidades de manejo para la reparación de los AAA; la vía abierta y la endovascular, debido a que ambas presentan ventajas postoperatorias y diversas morbilidades, aún se encuentra bajo debate cuál es el mejor método para la reparación de dicha patología. **Objetivo:** Identificar factores asociados a la presentación de los AAA, puntualizando las variables de sexo, edad, forma de presentación y diagnóstico, morbilidades, tipo de aneurisma, localización, tamaño, tratamiento y técnica empleada, el tipo de injerto, complicaciones durante y posteriores al evento quirúrgico así como el seguimiento y la sobrevida de los pacientes. **Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de un periodo de 20 años de expedientes de pacientes que cuentan con el diagnóstico de AAA en el Instituto Nacional de Nutrición «Salvador Zubirán» y se obtuvo las variables antes mencionadas de los pacientes sometidos a tratamiento abierto y endovascular. **Resultados:** Dentro del periodo evaluado se encontró que la edad predominante de la enfermedad es en la octava década en un 66%, 20% en la sexta y el restante en la quinta década. De la presentación el 50% se obtuvo el diagnóstico como incidental dentro del abordaje de otra patología abdominal, siendo la tomografía axial computada (TAC) el principal método diagnóstico. De las morbilidades asociadas destaca el tabaquismo (80%), hipertensión arterial (HAS) (60%), la obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus (DM) ocupando entre el 12 y 16%. Predominante la localización infrarrenal. El tratamiento fue principalmente llevado a cabo por vía abierta en 2/3 partes encontrando reparaciones con injerto tubular, aortobifemoral y aortoiliaca, en donde la mayoría se preservó el saco. El principal material empleado para las reparaciones fue el Dacron. Las complicaciones que se observaron fueron colitis isquémica e isquemia de miembros inferiores durante el transoperatorio, las cuales presentaron adecuada evolución. Se presentó una sobrevida a 5 años del 68% y a 10 años del 32%. **Conclusiones:** Dentro de los resultados obtenidos del estudio se observa una estrecha relación con lo descrito en cuanto edad, sexo, manejo y presentaciones, sin embargo existe diferencia en sobrevida y complicaciones tempranas y tardías del manejo de los pacientes. En el manejo de los pacientes de manera endovascular

se observan resultados favorables como en el abierto, sin embargo no se evaluó los predictores clínicos y de riesgo cardiaco para cada grupo de pacientes. Podemos concluir por lo tanto que el manejo endovascular y abierto presentan buenos resultados en cirujanos con experiencia. El diagnóstico y presentación de la mayoría de los AAA se encuentran de manera accidental y es probablemente debido al aumento del uso de estudios de imagen para valoración de otras patologías.

106

DISECCIÓN AÓRTICA Y COMUNICACIÓN INTERAURICULAR EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN. REPORTE DE CASO

Benjamin Iván Hernández Mejía, Flores CO, Borrego BR, Ortiz HV. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México SSA, México, D.F.

Introducción: El síndrome de Marfan, descrito por el pediatra francés Antoine Marfan en 1896, es un desorden genético hereditario autosómico dominante con una mutación en el gen que codifica a la fibrilina 1. Afecta varios tejidos y órganos entre ellos el corazón y la raíz aórtica. Su pronóstico se basa en la dilatación de la raíz aórtica, que provoca una disección y aumenta la posibilidad de ruptura. Durante las últimas décadas ha aumentado la expectativa de vida en estos pacientes a cerca de 70 años dado el desarrollo en el tratamiento médico y quirúrgico. El manejo quirúrgico del aneurisma y disección aórtica ha evolucionado en los últimos años. El primer avance fue la creación de la prótesis valvulada a donde se anastomosaron las arterias coronarias. Esta técnica, descrita inicialmente por Bentall y De Bono efectiva para reducir la mortalidad, se ha adoptado como procedimiento de elección en la prevención de la ruptura aórtica. La evolución quirúrgica continúa en las técnicas de reimplantación, ha mostrado una mejoría significativa en los resultados a corto plazo. **Reporte del caso:** Masculino de 31 años de edad, con cuadro clínico de 1 mes de evolución caracterizado por dolor abdominal terebrante, localizado a epigastrio, de inicio súbito, sin factores desencadenantes, que no modifica con los cambios de posición, irradiado a región interescapulovertebral, intensidad 8/10 en EVA, intermitente, sin fenómenos agregados. Sin mejoría con analgésicos ni antiespasmódicos. Antecedentes de importancia: Refiere familiares en segundo grado con habitus marfanoides. Personales patológicos: fractura de codo izquierdo hace 20 años, fractura de tobillo derecho hace 3 años. A la exploración física se encuentra paciente con arcos supraciliares prominentes, micrognatia, maloclusión dental, paladar alto, cuello largo, tórax con precordio con choque apical en 6º EICI a 1 cm de la LMCI, a lo largo del borde esternal izquierdo se ausculta soplo diastólico aspirativo suave con tono alto, grado 3/6. Escoliosis, estrías en región lumbar, miembros con aracnodactilia. Pies en garra. Pulsos hipericnóticos, tipo Corrigan (pulso de martillo de agua), amplitud uniforme, maniobra de Lyan positivos. Rx de tórax se observa crecimiento de botón aórtico, ensanchamiento de mediastino, silueta cardiaca en gota. EKG con datos de crecimiento de ventrículo izquierdo y alteraciones inespecíficas de onda T. Ecocardiograma que reporta aneurisma de aorta disecante tipo A de Stanford, insuficiencia aórtica de grado leve a moderado. AngioTAC con aneurisma disecante de aorta tipo I de DeBakey, Stanford A que abarca hasta por debajo de las arterias renales. Hallazgos transoperatorios: Aneurisma aórtico disecante de raíz aórtica con zona de ruptura de 2-3 de diámetro sin visualizarse disección superior, con insuficiencia valvular aórtica por dilatación anulaoártica y elongación de valvas, comunicación interauricular con foramen oval con fenestración de 2 cm; arco aórtico, supra aórticos y aorta descendente sin dilatación aneurismática. Técnica quirúrgica: Cirugía de Bentall y De Bono modificada; reemplazo valvular con injerto valvulado St Jude no. 23 mm, sustitución aórtica con injerto de 23 mm, reimplante de coronarias, y cierre directo de comunicación interauricular. **Conclusiones:** La disección aórtica representa una urgencia quirúrgica ya que la mortalidad se incrementa en relación a la espera en el manejo operatorio. La cirugía de Bentall, inicialmente diseñada como profiláctico a la disección aórtica, es un procedimiento seguro, con disminución de la morbimortalidad postoperatoria. La modificación a la técnica disminuye el riesgo de sangrado postoperatorio. La coexistencia de una CIA, no descrita en la literatura, puede complicar el manejo transoperatorio e incrementar el tiempo quirúrgico, y consecuentemente, la morbimortalidad, por lo cual es esencial una adecuada evaluación preoperatoria.

107

HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO PENETRANTE DE ABDOMEN CON LESIÓN VASCULAR

Hecly Lya Vázquez Morales, García GJL, Montes AJJ, Campos PR, González CJ, Méndez N. Servicio de Cirugía General. Hospital Dr. Rubén Leñero GDF

Introducción: Las lesiones vasculares intraabdominales, se encuentran entre las más letales que puede sufrir un paciente traumatizado, además de ser de las más difíciles de tratar y representar siempre un desafío para el cirujano moderno de trauma. La mayor parte de estos pacientes llegan a los servicios de urgencias en shock, secundario a una pérdida masiva de

sangre, el cual a menudo, es irreversible. Los pacientes que han sufrido una lesión vascular abdominal, son un ejemplo claro del círculo vicioso creado por el shock, la acidosis, la hipotermia, la coagulopatía y las arritmias cardíacas. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 29 años que ingresa a urgencias con herida por proyectil de arma de fuego en abdomen penetrante en fosa iliaca izquierda, de 1 hora de evolución, con datos de abdomen agudo, y con signos duros de lesión vascular en extremidad inferior izquierda por lo que se decide laparotomía exploradora, con hallazgos de hemoperitoneo de 2,000 cc, hematoma en la zona II izquierdo y III de Sheldom, con lesión de arteria iliaca primitiva izquierda del 50% de la circunferencia, se realiza resección de 2 cm de arteria iliaca, y vaso-vaso anastomosis con polipropileno 5-0, permeabilización vascular con catéter Fogarty 5, así como se encuentra lesión de sigmoides a 15 y 25 cm de la reflexión peritoneal, y lesión de íleon a 60 y 70 cm de válvula ileocecal, se realiza resección de íleon y entero-entero anastomosis en un plano de íleon, sigmoidectomía y cierre en bolsa de Hartman y colostomía de colon descendente, lavado y secado de cavidad, paciente que evoluciona de forma favorable con adecuada perfección de la extremidad sin datos de lesión neurológica, se egresa por mejoría. **Conclusiones:** Las lesiones vasculares ab-dominales presentan una alta mortalidad y morb-ilidad. El conocimiento anatómico del retroperitoneo y de las vías de ab-ordaje de los vasos, así como una ex-ploración clínica adecuada ayudarán a disminuir las complicaciones y la mortalidad de estos pacientes.

108

ASOCIACIÓN DE UN PARAGANGLIOMA CON UN ANEURISMA DE LA ARTERIA RENAL EN UN NIÑO DE 12 AÑOS

Rey Romero Romero González. Vázquez GE, Valdez BR. Servicio de Cirugía General. Hospital San José TEC de Monterrey ITESM, Monterrey, Nuevo León

Introducción: La literatura médica reporta que del 0.5 al 1% de los pacientes que se presentan a consulta por primera vez con un cuadro de hipertensión arterial serán diagnosticados con feocromocitoma. Se ha visto en series de casos que del 9-12% de los casos se presentan en niños. La probabilidad de que se presente en su forma extrarrenal o paraganglioma es 20-30%, el riesgo de que se presente bilateral es de 25-30%, mientras que el riesgo de que el tumor sea diagnosticado como maligno es de 9-10% en la mayoría de los reportes, aunque este riesgo incrementa en los casos en los que se presenta un paraganglioma. Por otro lado, los aneurismas de la arteria renal son una entidad rara, que en serie de autopsias se reporta en menos del 0.01%. Las asociaciones entre aneurisma de la arteria renal y un feocromocitoma son extraordinariamente raras; mientras que la asociación entre aneurisma de arteria renal y paraganglioma no ha sido reportado en la literatura. Se presenta el caso de un niño de 12 años, el cual presentó paraganglioma maligno con afectación a ambas glándulas suprarrenales y asociado a un aneurisma de la arteria renal. **Reporte del caso:** Se trata de un niño de 12 años de edad, residente de Saltillo, Coahuila, estudiante de 6to de primaria. El cual se presenta a consulta por un cuadro de palpitaciones, y disnea relacionada a esfuerzo físico, el paciente tiene como antecedentes abuelo paterno con hipertensión arterial sistémica. Dos años 8 meses previos a su última consulta se le diagnosticó feocromocitoma pararenal izquierdo, por lo que 1 mes después fue sometido a resección quirúrgica del mismo, quince meses después se le diagnosticó recurrencia del tumor, en esta ocasión localización perihepática, la cual fue resecada quirúrgicamente, tuvo una tercer recurrencia 8 meses previos a este último cuadro, y 9 meses después de su segunda intervención quirúrgica en esta ocasión con tumoración contigua la aorta abdominal, por lo que se sometió a resección de la misma. Ahora se presenta por un cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por palpitaciones y disnea relacionadas con actividad física. Refiere llevar control de TA con 6 tomas diarias, presentando picos de 130/100 una o dos veces al día, 5 meses previos a su ingreso se realizó PET/scan, el cual resultó normal. Motivo por el que acude a consulta. A la exploración física al ingreso presentaba FC 86, FR 22, T 36.7 °C, TA 128/100, peso 48 kg, talla 1.46 m, IMC 22. Abdomen con cicatriz en línea media de 25 cm y otra en ángulo costal de 15 cm, blando, depresible, no se palpan masas y con peristalsis presente. Se le solicita un PET scan el cual se practicó mediante la administración de 370 MBq (10 mCi) de 18F FDG, lo cual reporta un foco hipermetabólico en el retroperitoneo del lado derecho a nivel de la pelvícula renal derecha y prácticamente adyacente a la vena renal izquierda en su desembocadura a la cava superior. Esta lesión tiene aproximadamente un centímetro de diámetro y su grado de captación máximo es de 3.9 SUV, se realizaron adquisiciones tardías que demuestran persistencia e incremento de la captación hasta 4.5 SUV. Por lo que se diagnostica como paraganglioma recurrente y se programa para una cuarta intervención quirúrgica. Se realiza la cirugía con anestesia general con incisión en línea media, se encuentran abundantes adherencias durante el acceso a la cavidad y ya en la cavidad abdominal misma. Se identifica una masa retrorrenal de 3 x 2 cm firmemente adherida a vasos renales y a vena cava y un aneurisma de arteria renal de aproximadamente 1 cm de diámetro, durante el transoperatorio y la disección de la masa se produce una lesión en vena renal de

3 mm que se repara con prolene vascular 5-0 y otra lesión en arteria renal que involucra el 50% de la circunferencia, motivo por el cual se decide realizar nefrectomía derecha con resección de la tumoración, y del aneurisma renal en la misma pieza quirúrgica, por último se realiza resección de ganglios paravertebrales y retrocavales. Durante el transoperatorio el paciente cursó con 2 picos hipertensión de aproximadamente 200/100, con un sangrado de 600 cc y un tiempo quirúrgico de 10 h. Patología confirma el diagnóstico de paraganglioma y de aneurisma renal. Por las metástasis que presentó y su recurrencia en cuatro ocasiones se hace el diagnóstico de paraganglioma maligno. El paciente es dado de alta al séptimo día postquirúrgico en buenas condiciones generales, y sin picos de hipertensión. **Conclusiones:** Aunque se reporta de manera extraordinaria la asociación entre un feocromocitoma y un aneurisma de la arteria renal, este es el primer reporte en la literatura médica de un aneurisma de la arteria renal y un paraganglioma.

109

RUPTURA TRAUMÁTICA DE AORTA TORÁCICA: REPORTE DE UN CASO

Yerine Paola Fabián Ojeda. Heredia MM, Rodríguez AS. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Puebla, Puebla, Puebla

Introducción: La ruptura traumática de la aorta es una causa común de muerte súbita en un accidente automovilístico o en caídas de grandes alturas. Los pacientes con ruptura aórtica y que pueden salvarse, sufren una laceración incompleta cerca del ligamento arterioso de la aorta y la continuidad se mantiene por una capa adventicia intacta o un hematoma contenido en el mediastino. Hasta el 80-90% de los pacientes con este tipo de lesiones fallecen antes de arribar a un centro hospitalario. La mortalidad puede variar dependiendo del tipo de disección, la técnica quirúrgica empleada, la utilización de puente atriadistal, reanastomosis y preservación de las arterias intercostales, así como hipotermia transoperatoria, de tal suerte que se ha informado una mortalidad general de 15 a 67%. **Reporte del caso:** Hombre de 25 años de edad, originario y residente de Puebla, de medio socioeconómico medio, sin antecedentes patológicos de importancia. Inicia su padecimiento actual 40 minutos previos a su ingreso al sufrir accidente en motocicleta con mecanismo de aceleración-desaceleración, con pérdida del estado de alerta, durante aproximadamente 15 minutos, es traído por tanto por paramédicos de cruz roja para su atención. A su ingreso, a la exploración física se encuentra a paciente despierto, consciente, con palidez marcada de tegumentos, sin fascies característica, íntegro con posición forzada si movimientos anormales. Cabeza y cuello normales, tórax con disminución de los movimientos respiratorios, a la palpación con disminución de los movimientos de amplexión y amplexación, a la percusión con submate basal bilateral, a la auscultación con hipoventilación basal bilateral, los ruidos cardíacos disminuidos en intensidad y frecuencia. El abdomen blando, plano depresible, no doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, con peristalsis normoactiva. Extremidades sin alteraciones. La evolución inmediata con hipotensión persistente, sin sitio aparente de sangrado, taquicárdico, diaforético, radiografía de tórax con ensanchamiento mediastinal, aortografía con imagen clásica de ruptura de la íntima. Con los hallazgos antes citados se programa para cirugía con el diagnóstico de lesión traumática de aorta torácica. Se realiza toracotomía posterolateral izquierda, con colocación de injerto aórtico de teflón después del nacimiento de la arteria subclavia izquierda sin bomba extracorpórea. La evolución en el postoperatorio inmediato es adecuada, se mantiene hospitalizado durante 5 días, egresado por mejoría, se mantiene bajo vigilancia por la consulta externa en cita de revisión 7 días posteriores sin complicaciones. **Conclusiones:** La ruptura traumática de la aorta tiene una morbimortalidad elevada, un alto índice de sospecha lo dan una historia de desaceleración severa en la cinemática, los hallazgos radiológicos característicos y la arteriografía. El tratamiento consiste en la reparación primaria de la aorta o la resección del área traumatizada y colocación de injerto.

110

MANEJO DEL PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA FEMORAL SUPERFICIAL SECUNDARIA A LESIÓN TÉRMICA

Erick Bravo Arreola, Moreno HA, Fuentes MF, Bravo AE. Hospital General de México SSA, D.F.

Introducción: Los pseudoaneurismas de las arterias son manifestaciones tardías de un trauma vascular, se presenta como un tumor pulsátil, doloroso que realiza una compresión extrínseca sobre un vaso sanguíneo con el consiguiente secuestro de la circulación distal al sitio de formación de este tipo de lesión. Lo cual requiere observación con la realización de estudios de extensión. Para el diagnóstico de éstos, el estándar de oro es la angiografía la cual aporta datos de localización, morfología y grado de afección ayudando al mismo tiempo a un planteamiento quirúrgico. Las complicaciones que manifiestan son: la insuficiencia arterial por compresión, ruptura y hemorragia, trombo embolismo y la infección que conlleva

un mayor riesgo de ruptura y formación de émbolos sépticos. La ruptura es de las más serias dependiendo de su localización teniendo en las arterias ilíacas una mortalidad del 25-50%. El tratamiento de los pseudoaneurismas debe ser definitivo y la mayoría de ellos tienen una resolución quirúrgica. Se debe retirar todo el material del pseudoaneurisma, posterior a control vascular con anastomosis sea primaria o usando material protésico sintético como lo es el Dacron o injerto de safena inversa según sea necesario. **Reporte del caso:** Masculino de 34 años de edad, el cual tiene el antecedente de lesión por arma de fuego hace 13 años en región inguinal de miembro pélvico izquierdo en tercio medio de muslo, 3 meses previos a su ingreso nota aumento de volumen en región inguinal izquierda la cual fue aumentado de tamaño paulatinamente hasta 10 cm, pulsátil, dolorosa a la palpación profunda. Cinco días previos a su ingreso presenta cuadro caracterizado por dolor en región de miembro pélvico izquierdo con presencia de parestesia y disestesias, que aumentaban al caminar disminuído con el reposo. Además de coloración violácea de dedos de pie así como disminución de la temperatura de miembro pélvico afectado. Se realiza arteriografía de miembro pélvico izquierdo en donde se encuentra a nivel del tercio proximal de arteria femoral imagen sacular anterior a la arteria que condiciona robo de flujo en resto de extremidad, se cateteriza selectivamente resto de vasculatura identificando disminución de flujos distales en arcos plantares. **Concluyendo:** Pseudoaneurisma femoral de arteria femoral superficial con robo de flujo distal que condiciona insuficiencia arterial a partir de arteria poplítea. Se somete a drenaje de pseudoaneurisma y colocación de prótesis de Dacron con anastomosis terminoterminal de arteria femoral superficial, encontrando pseudoaneurisma de tercio proximal de arteria femoral superficial de 10 x 10 x 10 cm. Actualmente existe recuperación franca de la función y remisión de la sintomatología. **Conclusiones:** En la actualidad contamos con una amplia gama de métodos de apoyo diagnóstico que en la mayoría de las veces nos llevan a planear una intervención quirúrgica con alto grado de éxito como la arteriografía usada para este paciente. Por otro lado, el tratamiento del pseudoaneurisma es una urgencia relativa pero las consecuencias inmediatas y mediatas del mismo son una urgencia que no debe esperar en su tratamiento por su compromiso para la función y/o la vida de los pacientes.

111

TUMOR DE CUERPO CAROTÍDEO BILATERAL. REPORTE DE 2 CASOS
Rosa Angélica Salcedo Hernández. Servicio de Cirugía. Hospital General San Luis Potosí ISSSTE, México, D.F.

Introducción: El tumor carotídeo fue por primera vez descrito por Marchand en 1891. Son neoplasias poco comunes, y es más frecuente unilateral. Su patrón de presentación puede ser: *Familiar* (10% de los casos y transmisión autosómica dominante) o *esporádico* (bilateral en menos del 5% de los casos y es menos agresivo). Se presenta principalmente entre los 40 y 50 años, sin predominio de sexo, y se inicia en el cuerpo carotídeo el cual se localiza a nivel de la bifurcación de la carótida común. Según su tamaño e infiltración a estructuras adyacentes se clasifica en 3 grados según la clasificación de Shamblin. Se ha visto que pueden sintetizar diferentes sustancias neuroendocrinas pero no son hiperfuncionantes. La mayoría de las lesiones son benignas y sólo en baja proporción se malignizan. El estudio inicial diagnóstico es el Doppler pero el «gold standard» en el diagnóstico es la angiografía, ya que se puede apreciar la anatomía vascular y el involucreamiento de las carótidas. Otros estudios diagnósticos son la angiografía y la angiografía por tomografía computada que permiten valorar la afectación de estructuras adyacentes para la posterior planeación quirúrgica. **Reporte del caso:** Femenino de 67 años, sin antecedentes de importancia, la cual inicia su padecimiento al presentar un episodio de síncope, sin otra sintomatología, a la exploración física se palpa tumoración debajo del ángulo de la mandíbula de lado derecho no doloroso, de crecimiento lento. Con Doppler carotídeo se encontró tumor carotídeo bilateral, la angiografía carotídea reportó tumor carotídeo bilateral, de predominio derecho, y en la tomografía computada no había al parecer invasión a tejidos adyacentes. Se intervino quirúrgicamente el día 14/05/2008 reseándose glomus carotídeo derecho de aprox. 3 x 4 cm, ligando carótida externa, la cual estaba comprometida y glomus carotídeo izquierdo de aprox. 1 x 1 cm de diámetro sin invasión a tejidos adyacentes. Con buena evolución postoperatoria se egreso al 3er día postquirúrgico. Masculino de 68 años, antecedente de hipertensión arterial, artritis reumatoide y diabetes mellitus. Inicia su padecimiento al presentar síncope en dos ocasiones sin otra sintomatología agregada. La exploración física sin alteraciones. Ultrasonido Doppler reportó lesión hipodensa posterior a la carótida interna derecha y lesión en la bifurcación de la arteria carótida común izquierda. La angiografía reportó, arterias carótidas comunes normales, masa a nivel de la bifurcación carotídea bilateral, que abre el ángulo entre carótida interna y externa. Se realizó intervención quirúrgica el día 9/11/2007 en donde se reseco tumor carotídeo derecho de aprox 2.5 cm, ligándose arteria carótida externa y tumor carotídeo izquierdo de aprox 2 cm, sin complicaciones. **Conclusiones:** Una vez identificados todos los tumores del cuerpo carotídeo deben ser resecados, ya que aunque su crecimiento es lento, pueden llegar a comprometer estructuras adyacentes, como el

nervio vago, glosofaríngeo, arteria carótida externa, etc. En estos dos casos eran casos con patrón esporádico, bilaterales, lo que es poco común y con una edad de presentación más tardía de lo habitual, en los cuales la intervención quirúrgica se realizó al momento del diagnóstico.

112

ANEURISMA DE LA ARTERIA HEPÁTICA POR LESIÓN TÉRMICA POSTLAPAROSCÓPICA

Jorge Ávila Vázquez, Domínguez GF, Vargas CF, Maldonado MS, Hernández CJ. Servicio de Cirugía. Hospital General Regional de León SSA, Purísima del Rincón, Guanajuato

Introducción: Los aneurismas de la arteria hepática son lesiones infrecuentes y por lo regular asintomáticas. La forma más habitual de presentación es la rotura aneurismática con hemoperitoneo y shock. Se presenta caso de femenino intervenido previamente por colecistectomía laparoscópica simple y que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de ictericia obstructiva cuya causa fue un aneurisma de la arteria hepática. **Reporte del caso:** Paciente femenino, 23 años de edad, ingresa por cuadro de ictericia, coluria y acolia de un mes de evolución acompañándose de dolor epigástrico tipo cólico una semana previa a su ingreso. Sólo cuenta con el antecedente de colecistectomía laparoscópica 4 meses previos, niega otros antecedentes. A la exploración física, activa y reactiva, signos vitales normales, ictericia +++, abdomen doloroso a la palpación profunda en epigastrio, no datos de irritación peritoneal, no masas palpables. Con leucocitos de 12.6 x 10⁹, hemoglobina 10.2 g/dl, TGO 40 UI/l, TGP 50 UI/l, bilirrubina total 21.1 mg/dl, bilirrubina directa 19.7 mg/dl, fosfatasa alcalina 544 UI/l, urea, creatinina y electrolitos séricos normales. Ultrasonido hepático y vías biliares con dilatación biliar intrahepática, imagen anecoica, parahiliar, contornos irregulares 52 x 52.5 mm, flujo turbulento en su interior, dilatación de vías biliares, colédoco de 14.7 mm, esteatosis hepática. Se realiza laparotomía, se encuentra bilioperitoneo 100 cc, páncreas edematoso, tumoración de 8 x 6 cm pulsátil, la cual al abrirse se observa sangrado arterial. Se observa comunicación entre aneurisma y vía biliar, se liga arteria hepática, se coloca sonda Kerr en vía biliar. Egreso para manejo por consulta externa. Retiro de sonda Kerr 2 meses posterior a su intervención. **Conclusiones:** Los aneurismas de la arteria hepática son los segundos en frecuencia de los aneurismas viscerales abdominales, tras los de la arteria esplénica. La aterosclerosis es la causa más frecuente en un 35% de los casos, aunque existen otras causas como infecciones por embolización, lupus, periarteritis nudosa y últimamente se han observado secundarios a cirugías previas como el trasplante o por lesión térmica en cirugía laparoscópica con electrocauterio al realizar disección vesicular.

113

LESIÓN DE ARTERIA POPLÍTEA SECUNDARIA A FRACTURA LUXACIÓN EXPUESTA DE CÓNDILO DE RODILLA DERECHA

María Idalia Santillán Villagómez, González CJ, Cruz CDY, Ramírez RE. Servicio de Cirugía General. HG GDF, México, D.F.

Introducción: La luxación de la rodilla es poco frecuente, sin embargo se acompaña de una incidencia de 30 al 40% de la lesión de arteria poplítea, la luxación posterior es la que tiene más probabilidad de dañar el vaso, los mecanismos de lesión más comunes son hiperextensión, golpes directos violentos contra el extremo proximal de la tibia, las evidencias de alteración del pulso a nivel de la arteria tibial posterior o la dorsal del pie con este antecedente traumático justifica una exploración de arteria poplítea. **Reporte del caso:** Masculino 43 años de edad quien ingresó al Servicio de Urgencias posterior a accidente automovilístico 2 horas previos a su ingreso, tipo atropellamiento con impacto posterior, directo sobre rodilla derecha proyectado hacia el frente con dolor y sangrado posterior, deformidad de la misma, limitación funcional, para realizar la bipedestación y la marcha. A la EF extremidades inferiores asimétricas a expensas de la derecha la cual se encuentra con deformidad así como limitación funcional para realizar los arcos de movilidad, al retiro de vendaje compresivo con sangrado constante, con herida triangular de 7 x 5 cm en hueso poplítea con exposición de tejido óseo (cóndilos femorales), con ausencia de pulsos pedio y tibial, extremidad fría, con disminución de la sensibilidad en región medial del pie derecho. Rx AP de rodilla derecha: con incongruencia articular de cóndilos femorales y de tibia, trazo transversal en tercio proximal de peroné derecho. **Hallazgos:** Arteria poplítea con contusión infiltración hemorrágica de la pared del vaso y trombo en su interior de 4 cm con ausencia de pulso distal. **Cirugía realizada:** Exploración vascular de miembro pélvico derecho + trombectomía y resección parcial de arteria poplítea + colocación de injerto autólogo de vena safena externa contralateral. **Evolución:** Paciente con evolución favorable, recuperación de pulso pedio, y adecuada temperatura. **Conclusiones:** El diagnóstico oportuno y la pronta reparación de las lesiones de arteria poplítea son fundamentales para la conservación de las extremidades, aunque se presenta lesión que requiera de manejo quirúrgico en baja frecuencia asociadas a luxación de rodilla, en estos casos, debe asumirse que existe una lesión de arteria

poplitea lo que la vuelve una emergencia, ya que se reporta que la tasa de amputación puede llegar hasta 41% cuando el origen de la lesión vascular es el trauma cerrado, ello debido a las fracturas asociadas y el trauma masivo de tejidos blandos, que conllevan un peor factor pronóstico.

114

COLOCACIÓN DE PRÓTESIS VASCULAR EN LESIÓN DE LA ARTERIA FEMORAL

José Antonio Ortiz Gil, Sandoval MKE, Bonilla BMA, Alcaraz HG. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México SSA, México, D.F.

Introducción: La causa más frecuente de lesión femoral es el trauma penetrante, requiere mención especial la laceración que puede ocurrir luego de canulación para procedimientos invasivos diagnósticos (arteriografía) o terapéuticos (canulación para circulación extracorpórea, angioplastia. En la mayoría de los pacientes se presenta sangrado masivo que ocasiona severa hipovolemia. En trauma cerrado puede ocurrir trombosis por desprendimiento de la íntima. La arteria femoral superficial es una de las más frecuentemente lesionadas, debido a su longitud y a su situación superficial. La simple presencia de una herida cerca a los vasos femorales debe alertar al cirujano respecto de la posibilidad de una lesión. Una herida con sangrado activo hace evidente el diagnóstico. Pueden encontrarse grandes hematomas pulsátiles. Sin embargo, el diagnóstico se dificulta más cuando existen pulsos distales. Se prefiere una angiografía preoperatoria, la cual está particularmente indicada en casos de sospecha de lesión vascular asociada a fractura cerrada, pues la exploración arterial convierte la fractura en abierta. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de un paciente masculino de 17 años, el cual es ingresado al Servicio de Urgencias por la presencia de traumatismo con manubrio de su bicicleta en región inguinal derecha hace 1 hora, al ingreso el paciente se encuentra estable con signos dentro de parámetros normales, a la exploración física presenta aumento de volumen en región inguinal así como dolor, palidez, ausencia de pulsos de la extremidad afectada, por lo cual se realiza intervención quirúrgica, encontrando lesión de arteria femoral profunda y vena femoral, con sección completa de la misma, por lo cual se debrida tejido dañado y se repara vena femoral con puntos simples, con polipropileno, y realizando anastomosis terminoterminal con colocación de prótesis vascular en arteria femoral, se verifica permeabilidad con buen llenado y pulso presente, en el postoperatorio se observa una buena evolución, con recuperación, de pulsos, y coloración, así como temperatura y tino muscular, el paciente es enviado a rehabilitación para su pronta recuperación y manejo en la consulta externa. **Conclusiones:** La reconstrucción de la femoral profunda debe considerarse si el vaso es grande y el reparo sencillo. Aunque el riesgo de amputación no es muy alto, se ha descrito claudicación luego de su ligadura. Si el edema es extenso, la fasciotomía de los compartimentos por debajo de la rodilla está indicada, en especial si han transcurrido más de seis horas desde el momento de la lesión, cuando se ha practicado ligadura de varias venas o cuando se encuentra lesión extensa de tejidos blandos. En la evaluación inicial del paciente con trauma mayor se debe hacer una revisión general de heridas fracturas que pueden generar lesiones vasculares, las cuales se pueden detectar valorando signos característicos tales como: Ausencia de pulsos periféricos (no es infrecuente la presencia de pulsos distales, palidez, dolor, parestesias o anestesia, parálisis). Por ser la hemorragia la primera causa de mortalidad en el paciente politraumatizado, la valoración de los signos de choque son prioritarios sobre todo si existe sospecha de lesión de la arteria femoral. La lesión concomitante de la vena femoral debe ser reparada en lo posible. Las fracturas de fémur deben estabilizarse con fijación externa antes de realizar el reparo arterial. Por lo tanto la restauración quirúrgica rápida del flujo sanguíneo dentro de las primeras cuatro a seis horas de la lesión es esencial para salvar una extremidad por isquemia, de ahí que la intervención de enfermería debe ser rápida y eficaz,

115

LESIÓN DE ARTERIA HUMERAL POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO NO RECIENTE

Hecly Lya Vázquez Morales, González CJ, Muñiz QNR, Santiago H. Servicio de Cirugía General. Hospital Dr. Rubén Leñero GDF, México, D.F.

Introducción: Encontramos frecuentemente lesiones que si no se manejan rápidamente pueden dejar secuelas importantes que van a inferir en la recuperación tanto física como psicológica del paciente, se hace referencia a las lesiones vasculares periféricas. Aproximadamente el 80% de las lesiones vasculares ocurren en las extremidades, un 4% en el cuello, los demás en tórax y abdomen. Las lesiones son causadas por trauma directo del vaso, fracturas y luxaciones del húmero. Los hallazgos clínicos usuales incluyen hipoperfusión e hipotermia de la mano con ausencia del pulso radial, compromiso de la sensibilidad y fuerza motora. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 34 años de edad el cual llega al Servicio de Urgencias con herida en brazo derecho en tercio proximal por proyectil de arma de fuego, de 20 horas de evolución, sin orificio de salida, no presenta san-

grado al momento de llegada, con extremidad hipotérmica, sin pulsos radial y cubital, llenado capilar abolido, sensibilidad y movimiento conservados, no se cuenta con Doppler y no se cuenta con arteriografía, se decide exploración vascular de miembro torácico por presentar signos evidentes de lesión vascular, encontrando lesión de arteria humeral el tercio proximal en 90% de circunferencia con un coágulo, se realiza resección de aproximadamente 2 cm de arteria y liberación de ésta con vaso-vaso anastomosis con polipropileno 6-0 con permeabilización de arteria con catéter Fogarty No. 5 con adecuada saturación de miembro torácico al término de la cirugía, evolucionando de forma satisfactoria. **Conclusiones:** Las lesiones vasculares deben intervenir antes de 12 horas de evolución y tomando en cuenta criterios de MESS para valorar amputación y evitar síndrome de reperforación o evolución tórpida, sin embargo en este caso a pesar de larga evolución y con 10 puntos en la escala de MESS, se reporta caso con adecuada evolución con manejo quirúrgico conservador.

116

TERAPIA COMPRESIVA Y LIPOSUCCIÓN DE PIERNAS PARA EL LINFEDEMA PRIMARIO BILATERAL PRECOZ HEREDITARIO

Leonardo Abarca Pérez, Espinosa-De-Los-Monteros A, Iglesias M, Rubio CC, Hinojosa CA. Servicio de Cirugía General. Hospital Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán SSA, México, D.F.

Introducción: El linfedema hereditario no sindrómico de las piernas puede ser evidente al nacimiento o en la segunda o tercera décadas (Enfermedad de Meige's). Los vasos se encuentran hipoplásicos o hiperplásicos en una o ambas piernas impidiendo el retorno linfático, con la consiguiente acumulación de edema en las extremidades. Para esta patología el tratamiento habitual consiste en vendaje compresivo, elevación de miembro y drenaje manual sin mucho éxito. El tratamiento quirúrgico como anastomosis linfovenosas o el procedimiento de Charles tampoco han sido exitosos. **Reporte del caso:** En este reporte describimos un paciente de 26 años con enfermedad de Meige's o linfedema precoz no sindrómico hereditario de miembros inferiores. El paciente descrito fue diagnosticado a los 16 años, siendo tratado con medias compresivas a 20 mmHg y drenaje manual con deterioro progresivo, presentando 10 años después limitación importante para deambular, dolor persistente y episodios recurrentes de celulitis debido al aumento de volumen en ambas piernas situación que progresó hasta volverse incapacitante. Fue referido a esta institución de tercer nivel, donde a su ingreso se encontró a la exploración un diámetro circunferencial de 76 y 68 cm en la extremidad derecha e izquierda respectivamente. Se le realizó terapia compresiva a 40 mmHg, elevación de miembros. Una semana después disminuyó el diámetro a 58 y 53 cm respectivamente. En este momento se realizó liposucción circunferencial en ambas piernas, tobillos y dorso de los pies obteniendo 1,000 cc y 600 cc de grasa de la pierna derecha e izquierda respectivamente. En el seguimiento del paciente no se observó ninguna complicación continuando el manejo subsecuente con compresión mecánica a 40 mmHg, logrando un diámetro final de 45 y 44 cm respectivamente. A los 12 meses el paciente permaneció sin aumento de volumen en las piernas, ausencia de dolor y sin nuevos episodios de celulitis, así como una recuperación completa de la marcha y reincorporación a sus actividades normales. **Conclusiones:** Múltiples modalidades terapéuticas han sido diseñadas para mejorar las condiciones clínicas de los pacientes con linfedema primaria, sin obtener resultados satisfactorios. La técnica aquí descrita tiene la ventaja de extraer grasa de las extremidades con linfedema sin necesidad de grandes incisiones, ni grandes colgajos, así como un fácil manejo postoperatorio, y finalmente un tratamiento seguro y efectivo. En nuestro conocimiento no existen reportes publicados de esta modalidad terapéutica para esta patología. Aun cuando no se eliminó la alteración primaria en el paciente con enfermedad de Meige's, la terapia combinada de compresión con liposucción resultó segura y capaz de conseguir control, al menos a mediano plazo de las condiciones clínicas, funcionales y estéticas asociadas con las formas más graves de la enfermedad.

117

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS LESIONES AÓRTICAS CONTUSAS EN EL HOSPITAL CENTRAL MILITAR. REPORTE DE DOS CASOS

Olliver Núñez Cantú, García-Núñez, Cabello PR, Guerrero GVH, Jiménez CE. Servicio de Cirugía del Trauma. Hospital Central Militar SDN, México, D.F.

Introducción: Las lesiones aórticas contusas, sin tratamiento o intervenidas tardíamente, conllevan alta mortalidad. En casos de transección aórtica, la supervivencia inicial puede ser 10-30%. La mortalidad hospitalaria es > 32% durante el 1er día, > 61% dentro de la 1/a semana y > 74% a las dos semanas. Los pacientes que sobreviven a la fase aguda de una lesión aórtica contusa sin intervención quirúrgica, tienen un riesgo de hasta 30% de una ruptura de intervalo. La cirugía convencional para el trauma aórtico contuso se asocia con significativo riesgo de morbilidad y mortalidad. Durante los últimos años, se han llevado a cabo esfuerzos para mejorar técnicas

quirúrgicas y encontrar nuevos abordajes terapéuticos, para reducir complicaciones y garantizar mejores resultados. Desde 1994, los stents torácicos son actualmente utilizados para manejar una amplia variedad de patología traumática, incluyendo a las lesiones traumáticas contusas, entre otras. **Reporte del caso:** Caso 1. Masculino, 64 años. Igres a nuestro centro de trauma tras haber sufrido accidente vehicular tipo impacto frontal a alta velocidad cuatro días antes, como copiloto sin sujeción. No presentó pérdida de la conciencia. A su arribo presentó únicamente dolor torácico intenso. En la radiología se observaron fracturas costales 4 a 6 derechas, contusión pulmonar ipsilateral y discreto ensanchamiento mediastinal. Se obtuvo TC de tórax en la cual se evidenció contusión pulmonar bilateral, hemotórax derecho e imagen compatible con disección aórtica desde el ligamento arterioso hasta un sitio inmediatamente proximal al origen de la arteria mesentérica superior. Se decidió colocar endoprótesis aórtica Zenith 30 x 200 x 36 x 86 mm a través de un acceso femoral. El paciente ingresó a la UTIA. Evolucionó de forma satisfactoria, por lo cual decidió egreso de la unidad, siendo descargado del hospital al 21/o día PO sin complicaciones. **Caso 2.** Femenino, 45 años. Ingresó por el Servicio de Urgencias, trasladada por ambulancia posterior a haber sufrido accidente automovilístico tipo impacto frontal/volcadura a alta velocidad, como copiloto sin sujeción. A su arribo presentó dolor torácico intenso, peritonismo y deformidad en muñeca izquierda y pierna derecha. Se estableció hemodinámica y fue llevada a tomografía, en la cual se documentó lesión hepática G-IV AAST-OIS y hematoma a nivel de la aorta descendente. Fue trasladada a quirófano para la realización de START I, donde se corroboró la lesión hepática, practicándose empaquetamiento perihepático y colocación de V.A.C. Se decidió instalación de stent endovascular para el manejo del hematoma aórtico. Se llevó a cabo el procedimiento con un stent de las mismas características previamente mencionadas, sin complicaciones. La paciente fue manejada en la UTIA. Se llevó a cabo START II, logrando cierre de cavidad. Actualmente se encuentra a cargo del Servicio de Ortopedia para el manejo de las fracturas. **Conclusiones:** El tratamiento de elección para las lesiones aórticas contusas permanece controversial. Los pacientes sometidos a cirugía abierta tienen una mortalidad perioperatoria del 7.7 al 28%, dependiendo de la serie. El uso de endoprótesis vasculares para el manejo de lesiones aórticas reduce la morbilidad en comparación con la cirugía abierta. Desde la primera descripción sobre el uso de prótesis endovasculares en 1994 para tratar patología de la aorta torácica, su potencial terapéutico como modalidad menos invasiva para el manejo de estas lesiones catastróficas permanece vigente. En nuestra experiencia la colocación de prótesis endovasculares en pacientes bien seleccionados parece ser una alternativa terapéutica segura y efectiva para tratar pacientes con lesiones aórticas contusas.

118

PÚRPURA FULMINANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Francisco Xavier Hernández Vera, Rojas RG, Sarue SN, Silva VJ, Navarro VL. Servicio de Cirugía. Hospital Centro Médico ABC, México, D.F.

Introducción: Descrita inicialmente por Guelliot en 1884, la púrpura fulminante se asocia a infecciones benignas y sepsis. Por definición se describe como el desarrollo agudo de necrosis de la piel acompañada de trombosis de los vasos sanguíneos cutáneos. El síndrome se asocia con mortalidad mayor al 50% secundario a falla orgánica múltiple y se asocia a morbilidad importante a largo plazo. La sepsis meningocócica es la causa más común de la enfermedad, seguido por sepsis neumocócica en adultos. Existen tres causas principales; causa idiopática, anomalía congénita o adquirida en la vía anticoagulante de proteína C o S y pacientes con infecciones agudas severas en especial secundarias a bacilos Gram negativos. La microtrombosis de vénulas y capilares dérmicos son las causales del desarrollo de necrosis hemorrágica y edema endotelial, lo cual produce eritema y edema local además de extravasación de elementos sanguíneos que llevan al desarrollo de petequias y equimosis, así como flictenas. La púrpura fulminante tiene un inicio distal afectando pies, punta nasal, lóbulos de orejas, manos, y puntas de dedos. Hay induración y dolor. Puede ser generalizado en casos de sepsis y afectar múltiples órganos. **Reporte del caso:** Masculino de 76 años de edad con antecedente de linfoma no Hodgkin de células del manto quien inició su padecimiento con cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor de aparición súbita, progresivo, de intensidad 10/10 en miembro inferior derecho acompañado de rubor y calor local, aumento de volumen, dificultad para la deambulación, coloración violácea, así como disnea progresiva y escalofríos. Fue tratado inicialmente con enoxaparina 48 horas con dosis subóptimas, sin presentar mejoría alguna. A la exploración física: TA 69/37, FR 30/min, SaO₂ 92%, T 36.6 °C, FC 110/min, estuporoso, con mínima respuesta a estímulos verbales, Glasgow 7, aumento en el esfuerzo respiratorio, pulsos carotídeos filiformes. RsCs de baja intensidad, abdomen sin alteraciones. Extremidad inferior derecha con aumento de volumen, coloración violácea en parches hasta tercio superior, pulsos poplíteos, tibial anterior, posterior y pedio no palpables, con flujos audibles por Doppler. Extremidad inferior izquierda sin alteraciones. Debido al deterioro progresivo del estado de alerta, y la presencia de choque séptico requirió de intubación orotraqueal con asistencia mecánica ventilatoria con FIO₂ 100%, obteniendo una saturación de 100%. Se tomaron hemocultivos que resultaron posi-

vos a Aeromona Hidrófila así como cultivo de líquido de flictenas, el cual resultó positivo para *E. coli*. Se realizó un ecocardiograma transtorácico que no demostró alteraciones. Así mismo se realizó USG Doppler de miembro inferior derecho, el cual demostró adecuada permeabilidad del sistema venoso y arterial tanto superficial como profundo, únicamente con disminución en la velocidad de flujo arterial secundaria al edema de tejidos blandos. Se inició de antibioticoterapia y esteroides. Falleció a las 12 horas de su ingreso. **Conclusiones:** Es de gran importancia saber reconocer entidades tan poco frecuentes como lo es la *púrpura fulminante*, debido a que puede semejarse a afecciones vasculares venosas periféricas, así como a procesos infecciosos cutáneos superficiales. La demora en el diagnóstico y tratamiento puede verse reflejado en índices muy altos de morbilidad además de la afección de múltiples órganos y el desarrollo de choque séptico.

119

LESIÓN DE VENA SUBCLAVIA DERECHA. REPORTE DE UN CASO

Julio Caridad Rivero Venereo, Gutiérrez QA, Gutiérrez CHA, Martínez RE, González RF. Servicio de Cirugía General. Hospital Enrique Cabrera GDF, México, D.F.

Introducción: Las lesiones de los grandes vasos torácicos ocurren frecuentemente después de traumas contusos y penetrantes. Más del 90% de las lesiones de los grandes vasos torácicos es causado por traumas penetrantes (heridas por arma de fuego, fragmentos de proyectil y punzo-cortantes, o por contratiempos terapéuticos). Las laceraciones yatrógenas de varios grandes vasos, con inclusión del cayado de la aorta, son complicaciones que se comunican con frecuencia con la colocación percutánea de catéter venoso central. **Reporte del caso:** Paciente masculino, 29 años, con antecedentes de cuadro de depresión a repetición. Es traído por sus familiares, al ser encontrado en estado inconsciente después de un intento suicida con varios medicamentos (clonazepam, metoclopramida, paracetamol, ranitidina, entre otros no definidos). Se realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar, y colocación de catéter venoso central subclavio derecho, recuperando signos vitales. Es trasladado de inmediato a nuestra Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en la cual comienza con signos de insuficiencia hepática aguda y secundariamente, con alteraciones de la coagulación. Durante sus primeras 24 horas en UCI, comienza con cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, diagnosticándose un hemoemotórax masivo derecho, por lo que se retira el catéter venoso central derecho y se coloca otro abordaje venoso del lado izquierdo. Se coloca sonda de pleurostomía, obteniéndose 3,000 ml de sangre de inicio, cuyo flujo se mantuvo constante. Es valorado por el Servicio de Cirugía General decidiéndose intervención quirúrgica de urgencia. SV: TA: 50/20, FC: 132 X', T: 35 °C Sat. O₂: 75% Hallazgos Quirúrgicos: Doble lesión puntiforme en vena subclavia derecha, y vena yugular interna, con sangrado activo. Se realiza hemostasia y reparación con punto simple. El paciente evoluciona satisfactoriamente siendo egresado 14 días posteriores. **Conclusiones:** Ante la ausencia de evidencias certeras de lesión de los grandes vasos del tórax, la exploración quirúrgica temprana es la manera más segura de conservar la vida y evitar complicaciones mayores. En la mayor parte de los casos la reparación de las estructuras venosas requiere venografía o ligadura de las mismas.

MÓDULO: EDUCACIÓN EN CIRUGÍA

120

LIDERAZGO EN CIRUGÍA

Francisco Constantino Ocampo Benítez. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Iguuala SSA, Iguuala, Guerrero

Introducción: La preparación que actualmente debe tener el cirujano general, debe incluir la formación de un líder, para poder llevar a cabo todas actividades implícitas del *médico* con una autenticidad, y con el sello de la calidad humana que deberá ser plasmada en una excelente atención médica como verdaderos líderes en la salud. **Objetivo:** Transmitir nuestras experiencias, las características del liderazgo que debe tener un cirujano. **Material y métodos:**

Resultados:

Conclusiones: Las etapas del médico son: Novatos, aprendices, experiencia y madurez. Las excelencias de las actividades del cirujano: Habilidad, experiencia y conocimiento. Perfil del científico: Aprendiz clínico, habilidades quirúrgicas, educador-comunicadoras, investigadoras y científicas. Crear la cultura de seguridad. El cirujano tiene el síndrome de triple A: Control, conciencia, audacia y auto seguridad, perseverancia, carisma, empatía orientación en trabajo de equipo, madurez, arrogancia, autocracia y autonomía, profesionalismo: Describir los atributos, cognoscitivos, morales y colegiales de los profesionales. Aprender a aprender. Compromisos: Equipo de grupo y liderazgo, *Características de los líderes:* Estabilidad emocional, entusiasmo, control, conciencia, audacia y autoseguridad, perseverancia, carisma, empatía, orientación en trabajo de equipo, madurez, intuición y alta energía. Renovarse o morir. Enfoque científico: Clínico, operador e investigador. Va-

lores que debe tener el cirujano: Compromiso, responsabilidad, honestidad, profesionalismo, respeto y humanismo. La cirugía como arte y ciencia. Modalidades educativas de vanguardia: Habilidades, conocimientos, destrezas y actitudes y valores. El futuro de la cirugía general y del cirujano: Actitudes y valores, motivación, responsabilidad, honestidad, ética, moral, profesionalismo, humanismo, compromiso social y autocrítica. **Conclusión:** Liderazgo en cirugía es hablar de la formación del médico, la responsabilidad que tenemos, ya que lo más valioso del ser humano es la vida, por lo que nosotros debemos buscar siempre la superación, el cirujano debe siempre capacitarse y ser un líder en su área de trabajo, con principios y honestidad, debemos dejar un buen legado a nuestros futuros médicos, para ofrecer una *medicina de excelencia*, que se reflejará en una buena salud de nuestros pacientes. Compromiso de todos y cada uno: Mejorar capacitación, mejorar habilidades, mantener compromisos éticos, mejorar educación continua, mejorar relaciones paciente-cirujano, médico-cirujano y cirujano-cirujano. Mejorar trabajo de agrupaciones quirúrgicas.

MÓDULO: ESTÓMAGO Y DUODENO

121

ÚLCERA PÉPTICA PERFORADA Y HEMORRÁGICA EN NIÑA DE 9 AÑOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

José Díaz Zacarías, Maldonado GCP, Terrones OJ. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Ayutla SSA, Acapulco, Guerrero

Introducción: La enfermedad ulcerosa péptica es más frecuente en combes entre 25 a 64 años, con mayor incidencia y complicaciones a mayor edad, en pacientes pediátricos pocas veces son consideradas dentro de los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal dada sus baja incidencia, sin embargo las consecuencias pueden ser devastadoras. El primer caso de úlcera péptica en niños fue publicado en 1821. **Reporte del caso:** Se trata de femenino de 9 años, quien cursaba su tercer día estancia hospitalaria en el Servicio de Pediatría con los diagnósticos de: Síndrome doloroso abdominal, fiebre reumática, infección de vías urinarias; con padecimiento de 15 días manifestado por vómito, fiebre, parestesias, dificultad para deambular, edema de pies, y últimos 3 días con dolor abdominal epigástrico, al segundo presenta distensión abdominal e incremento de dolor abdominal colocándose sonda nasogástrica gasta en «pozos de café» laboratorios: Gpo O+, Hto 32%, leucos. 6,700, neutrófilos 82%, plaquetas 460,000, EGO normal, reacciones febriles tífico H 1:40, tífico O 1:160 poteus Ox-19 1:40, rosa de bengala, química sanguínea y amilasa normales, antiestreptolisinas 0, ultrasonido sólo reportó ileo, al tercer día en forma súbita presenta náuseas y hemorragia continua por la sonda nasogástrica e inmediatamente datos de choque hipovolémico, abdomen agudo, realizándose Rx urgente, observándose neumoperitoneo y con este signo se somete a laparotomía exploradora encontrando úlcera anterior y posterior de 1 y 1.5 cm de diámetro respectivamente en la 2a porción del duodeno, hemorragia arterial profusa del centro de cráter posterior que mantenía la cámara gástrica llena de sangre y coágulos aproximadamente 2,000 ml ameritando hemotransfusión de 4 paquetes de sangre, se realizó ligadura de vaso sangrante con seda 2/0, y cierre en dos planos con vicryl y seda de perforación anterior ampliada, drenaje y pase a UCI de donde egresa aproximadamente a las 2 semanas con evolución lenta pero hacia la mejoría hasta que acude a la consulta externa. **Conclusiones:** Las úlceras pépticas son patología poco común en los niños y más aún sus complicaciones que sí existen por lo que el cirujano general debe estar preparado para diagnosticar y tratar estas urgencias en pacientes pediátricos.

122

GASTRITIS ALCALINA UN HALLAZGO EN ENDOSCOPIA

Ramón López Ocampo, Lambertínez GAD, López SR, Lonngy DE, Olmedo APO, Sánchez SJM, Arévalo GSL. Servicio de Cirugía General/ Endoscopia. Hospital José María Morelos y Pavón ISSSTE, México, D.F.

Introducción: El reflujo del contenido duodenal hacia estómago, es un fenómeno natural, generalmente ocurre, en las primeras horas del día, o postprandial, sin embargo cuando el reflujo biliar duodenogástrico es excesivo, puede asociar dolor abdominal crónico, náuseas, vómito de contenido biliar. Esto se ha relacionado con el desarrollo de gastritis antral, esofagitis, metaplasia intestinal y esófago de Barret. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de gastritis alcalina, en los pacientes atendidos en el Servicio de Endoscopia Gastrointestinal y que fueron remitidos con un diagnóstico diferente. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, abierto, longitudinal, realizado en el Servicio de Endoscopia del Hospital «General José María Morelos y Pavón» del ISSSTE del 1 de octubre de 2004 al 31 de enero de 2008, se revisaron todos los reportes de estudios endoscópicos de pacientes identificando los casos de pacientes donde se reportó como hallazgos gastritis biliar, lago biliar gástrico, alteraciones de la mucosa (pigmento biliar, edema). Criterios de inclusión, todos los reportes de pacientes a quienes se les haya realizado estudio endoscópico alto. Criterios de exclusión. Aquellos reportes de pacientes con antecedente de estómago operado, estudio incompleto, dife-

rido o suspendido. **Resultados:** Durante el periodo estudiado, se realizaron 3,136 procedimientos endoscópicos, 2,627 fueron panendoscopias (83.7%), colonoscopias 228 (7.3%), procedimientos terapéuticos 281 (9%), de las 2,627 panendoscopias realizadas en 187 (7.11%) casos se reportó gastritis biliar o gastritis alcalina, todas fueron como hallazgo endoscópico, ningún paciente venía con este diagnóstico, correspondió 33.2% al sexo masculino, con 69 casos, al sexo femenino 118 casos con 66.8%, con una diferencia significativa de ($p = 0.002$), el grupo de edad más afectado fue de los 46 a los 60 años con un promedio de edad de 53 años. **Conclusiones:** La endoscopia es un método útil para el diagnóstico de gastritis alcalina y reflujo biliar duodenogástrico, no diagnosticado en aquellos pacientes con dolor abdominal crónico y/o dispepsia, principalmente cuando han recibido tratamiento antisecretor por largos periodos de tiempo sin mejoría, como se demuestra en el presente trabajo, la presencia de reflujo biliar duodenogástrico acompañado de alteraciones de la mucosa gástrica, es una patología en la cual poco o nada se piensa, en nuestra población estudiada se observó una frecuencia de 7.11% con predominio del sexo femenino con 66.8% una relación mujeres a hombres de 2 a 1 la cual es más frecuente a mayor edad, con un predominio a los 53 años.

123

TUMOR GIST EN HOSPITAL GENERAL ISSSTE TOLUCA

Martín Maldonado Maldonado, Lara GLA. Servicio de Cirugía. Hospital ISSSTE Toluca, Toluca, Estado de México

Introducción: La historia de estos tumores inicia en 1998, su incidencia era desconocida pero en el año 2000 se consideró que existía del 1 al 3% de tumores malignos gastrointestinales. Los tumores GIST son semejantes morfológicamente a los leiomiomas pero con diferencias inmunohistoquímicas. Responden a la prueba del CD117. Para el diagnóstico puede ser necesaria una toma de biopsia por aspiración guiada por ultrasonido. Existen muchos tumores que semejan y confunden por sus características semejantes al tumor de GIST, sin embargo se descartan por la presencia de las pruebas inmunohistoquímicas de CD117 YCD34. Los carcinomas pueden ser positivos a CD117, Confirmándose el diagnóstico con la detección de un hexanucleótido de la lesión en exón 11 del C-KIT. El 65% de los tumores GIST se diagnostican sin realizar la prueba inmunohistoquímica del CD 117. Hay pocos reportes de tratamiento con cirugía abierta para tumores relativamente pequeños. Se ha usado drogas que inhiben la tirosin kinasa que produce el kit receptor humano y el factor de crecimiento receptor derivado de las plaquetas, tales como el imatinib, sunitinib. El tratamiento del tumor primario es quirúrgico. Los tumores irrecesables, recurrentes o metastáticos es primeramente con inhibidores de la tirosin kinasa y después con cirugía o algún otro procedimiento disponible. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 60 años de edad, la cual llega al Servicio de Urgencias del Hospital ISSSTE Toluca por hemorragia de tubo digestivo alto. Es diabética de quince años de evolución en control con glibenclámda y metformina una tableta tres veces al día. Niega otros antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Se toman exámenes de laboratorio encontrando anemia normocítica y normocrómica, secundaria al sangrado. Es valorada por el Servicio de Cirugía General quien decide ingresar a hospitalización para continuar con el protocolo de estudio. Se solicita panendoscopia que reporta una úlcera sangrante en la cara posterior del estómago. Se toman biopsias y en un segundo estudio se realiza esclerosis por desangrado. Llama la atención que la úlcera se encuentra sobre un abombamiento de la cara posterior gástrica, sugestiva de una tumoración. Se transfunden concentrados globulares a la paciente y se solicitan estudios complementarios como tomografía axial computarizada de abdomen (TAC). Durante este tiempo la paciente se encuentra asintomática, tolerando la dieta y ya sin sangrado. Con controles de laboratorio dentro de parámetros normales. Nueva panendoscopia observa natas de fibrina en la úlcera. La TAC de abdomen muestra que efectivamente existe una tumoración en la cara posterior del estómago, que no infiltra órganos adyacentes, sólo la pared gástrica. Pedimos valoración de riesgo quirúrgico y exámenes de laboratorio para que se programe a la paciente para resección de la tumoración ya que sospechamos tumor de GIST, obteniendo una pieza de aproximadamente 8 cm de diámetro, el espécimen quirúrgico se envía a estudio histopatológico y reporta datos de tumor de GIST, corroborando nuestro diagnóstico de sospecha, manifestando bordes quirúrgicos libres de tumoración. Sugiere el patólogo comprobación mediante estudio inmunohistoquímico con la detección del CD117. La evolución de la paciente fue favorable tomando dieta líquida al quinto día del postoperatorio, blanda al sexto día y egresándose al séptimo día. Se continúa vigilancia por consulta externa sin datos de recidiva al momento. **Conclusiones:** La remoción de la lesión primaria con un margen quirúrgico claro es el estándar de tratamiento para tumores GIST de estómago. Puede o no realizarse la prueba del CD117 para corroborar el diagnóstico, sin embargo depende del hospital que trate al paciente. Es indispensable dotar a los institutos de todos los estudios requeridos para llegar a corroborar diagnósticos. El paradigma del tratamiento de tumores GIST requiere de la integración de la cirugía y terapia molecular. La terapia neoadyuvante facilita la regresión y resección subsecuente del GIST.

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL DUODENAL COMO CAUSA DE ICTERICIA: REPORTE DE UN CASO

Rubén Alejandro Meza Díaz, Álvarez MOA, Arteaga TR, Hernández GL, Córdoba CC, Aburto FMC, Lerma AR, Castellanos HJ, López AE, Zetina MC. Servicio de Cirugía. Hospital General Querétaro SSA, Querétaro, Querétaro

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal. Se originan de las células Cajal del músculo liso gastrointestinal. Se caracterizan por sus células fusiformes que presentan positivo el antígeno CD117 (proteína c-kit). Son una entidad rara reportando una incidencia anual de entre 10 y 20 casos por millón de habitantes en países industrializados; contando 0.01% de las admisiones hospitalarias. Estos tumores se pueden localizar en donde existan las células Cajal siendo las localizaciones más frecuentes reportadas: Estómago 60-70%, intestino delgado 25-35%, colon y recto 5%, esófago < 2% y apéndice. En el duodeno se localizan hasta el 5% de estos tumores. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal alto, hemorragia gastrointestinal, masa abdominal palpable o datos de oclusión intestinal. El diagnóstico se efectúa con endoscopia, USG y TAC. El tratamiento es la resección local. La disección ganglionar no es necesaria ya que las metástasis ganglionares son raras. Los factores de mal pronóstico son localización fuera del estómago, tamaño > 5 cm, > 2 mitosis por 10 (HPF) y un índice proliferación celular mayor de 10%. **Reporte del caso:** Femenino de 26 años de edad con antecedente de cuadro de dolor e ictericia que requirió de cirugía de vías biliares en dos ocasiones sin especificar el tipo de procedimiento; ésta fue realizada en otra institución 2 años atrás. Acude al Servicio de Urgencias con hematemesis y melena intermitentes de un mes de evolución, síndrome anémico secundario, ictericia patrón obstructivo y dolor abdominal cuadrante superior derecho. A la exploración paciente caquética, pálida, datos de choque grado 2 y masa abdominal palpable en epigastrio. La endoscopia reportó pangastritis, fístula colédoco-duodenal y tumor en el inicio de la segunda porción que no permitía el paso del endoscopio. La TAC evidenciaba tumor a nivel pancreatoduodenal de aproximadamente 10 cm de diámetro. Ya mejoradas las condiciones de la paciente se realiza laparotomía exploratoria 11 días posterior al ingreso; con hallazgos transoperatorios de colédoco-duodeno anastomosis quirúrgica previa y tumor dependiente de duodeno en la segunda porción con compromiso de la cabeza del páncreas concéntrica a la luz del duodeno de 12 cm de diámetro. Se realizó resección del tumor con duodenectomía y resección parcial de la cabeza del páncreas seguido de pancreato-yeyuno anastomosis, duodeno-yeyuno anastomosis con asa antecólica de yeyuno técnica Y de Roux (La continuidad biliar se encontraba íntegra debido a la colédoco-duodeno anastomosis previa). La paciente tuvo un curso postoperatorio sin complicaciones egresándose 14 días después. El reporte histopatológico: Tumor del estroma gastrointestinal de alto grado. **Conclusiones:** La ictericia no se ha reportado como sintomatología del GIST duodenal y puede agregarse como un signo tardío de la enfermedad. En cuanto a su tratamiento es difícil debido a la complejidad anatómica de la zona. Pacientes con tumores > 10 cm tienen una supervivencia a 5 años de 20% por lo que se sugiere emplear el método quirúrgico menos invasivo en pacientes con tumores de estas dimensiones.

CÁNCER GÁSTRICO AVANZADO Y EMBARAZO

Nora María Pérez Hernández, Contreras AA, Ugalde F, Torices EE, Bañoz HK, Parra TCG, Pérez HNM, Licona OJ. Servicio de Cirugía General. Hospital 1ro de Octubre ISSSTE, México, D.F.

Introducción: El cáncer gástrico asociado a embarazo es extremadamente raro incluso en Japón en donde se registra una alta incidencia de cáncer gástrico. Algunas series reportan 0.1% de presentación. Esta asociación tiene un grave pronóstico debido a que la mayoría de éstos es diagnosticada en estadios avanzados, lo anterior es atribuido principalmente al retardo en el diagnóstico debido a las manifestaciones gastrointestinales inespecíficas que ocurren durante el embarazo. Se recomienda la gastroendoscopia ante las alteraciones gastrointestinales persistentes después del primer trimestre de embarazo. El diagnóstico temprano podrá ofrecer un pronóstico de supervivencia mejor. La mortalidad del binomio es elevada por la inmadurez fetal y por el estado neoplásico avanzado materno, en el momento del diagnóstico. **Objetivo:** Reporte de un caso de embarazo y cáncer gástrico, y revisión bibliográfica. **Material y métodos:** Femenino de 30 años de edad, con antecedente GO de GIII, PI, CI, con de embarazo de 27 seg por FUR, más síndrome icterico en estudio, con antecedente de haber sido tratada a las 12 semanas de gestación por ERGE y gastritis, mediante IBP, prokinéticos, antiácidos y antieméticos, además pérdida de peso de 9 kg. En los últimos tres meses. A su ingreso con embarazo de 26 SEG por ultrasonografía, con producto único vivo con FCF de 144 x', con datos de hepatopatía difusa, más lesión en epigastrio de 75 x 53 mm, sin definir origen, laboratorios con BD de 10 mg/dl, endoscopia con lesión que no

permite el paso al píloro, con diagnóstico de cáncer gástrico avanzado Borrrman IV, más úlceras esofágicas pépticas. **Resultados:** Reporte histopatológico: adenocarcinoma poco diferenciado con células en anillo de sello. Durante su estancia se produce muerte fetal, se obtiene por vía vaginal producto ovitado de 1,325 g, con talla de 37.5 cm. Sin complicaciones maternas agregadas. Se realiza derivación biliar percutánea, y se inicia radioterapia y quimioterapia paliativa. **Conclusiones:** El cáncer gástrico asociado a embarazo es extremadamente raro y el pronóstico generalmente es grave, la náusea y el vómito frecuentemente lo padecen mujeres embarazadas en el primer trimestre, el no pensar en patología maligna gástrica como causas de vómito y náusea produce retardo en su diagnóstico, el reconocimiento temprano es la única posibilidad de mejor supervivencia. Si el vómito y la náusea se prolongan después de la semana 16 de embarazo deberá excluirse enfermedad maligna gástrica.

SCHWANNOMA GÁSTRICO

Agustín Chávez Gómez, Alcántara MF, Vega CJ, Ramos CR. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México SSA, México, D.F.

Introducción: Los tumores gástricos benignos representan aproximadamente el 10% de todos los tumores del estómago, la mayoría de ellos son de origen epitelial o bien neoplasias del músculo liso. Los tumores neurogénicos del estómago tipo schwannoma representan entre el 10 y 20% de los tumores benignos y el 2% de todos los tumores gástricos. El schwannoma es un tumor conjuntivo que deriva de la vaina de las células de Schwann su localización en el estómago es muy rara. En cuanto a su evolución maligna los índices de transformación varían desde el 0 al 5% la presentación clínica de dicho tumor puede cursar asintomáticos, epigastralgia y los complicados con hemorragias de tubo digestivo. La identificación de alteraciones en el protooncogén KIT y el marcador CD 117 son de gran importancia para su clasificación. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 63 años de edad, comerciante, casado con tipo de sangre AB negativo, con antecedentes heredo-familiares sin importancia para su padecimiento actual, apnatomológicos sin relevancias, antecedentes patológicos niega enfermedad cronicodegenerativas, qx y traumáticos. Padecimiento actual ingresa al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de hemorragia de tubo digestivo alta de 3 días de evolución caracterizada por la presencia de melena y hematemesis, al momento del ingreso con presencia de Hg de 8.5 por lo cual se transfunde un paquete globular, se solicita realizar endoscopia con hallazgo de tumoración submucosa redondo el cual protruye a la luz intestinal, con presencia de ulceración en su centro donde se identifica vaso sangrante y una parte de coágulo adherido al cual se realiza escleroterapia, con medida de 10 x 9 x 8 cm en la cara posterior del cuerpo, se procede a programar LAPE en la cual se realiza resección en cuña de la lesión con un abordaje anterior con gastrostomía anterior, se realiza también revisión de la cara posterior del estómago a través de incisión en epiplón mayor pero sin poder localizar defecto, se envía a valoración a estudio patológico con marcadores inmunohistoquímicos con expresión a S100 y GPAF y con resultados de schwannoma, con buena evolución postquirúrgica. **Conclusiones:** Anteriormente los tumores del estroma gástrico se consideraban como leiomioma, leiomioblastoma etc. dependiendo de su origen, actualmente con la aplicación de microscopía electrónica mostraban evidencia ultraestructural convincente de diferenciación de fibra lisa, la característica de estos tumores se caracteriza a la negatividad a c-kit un marcador distinto al del estroma pero al ser positivo a S-100 la mayor parte de éstos se considera negativos y se da como tratamiento la resección en caso de complicación como hemorragia o datos de dispepsia por su crecimiento.

MELANOMA METASTÁSICO A DUODENO: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO

Ramiro Esteban Mejía Nogales, Urbina VF, González SC, Souto MC. Servicio de Cirugía General. Hospital Ángeles del Pedregal, México, D.F.

Introducción: El melanoma es una neoplasia de poca frecuencia de presentación. La incidencia es de 4 a 30 casos por 100,000. Los lugares en orden decreciente de presentación de las metástasis son: piel, tejido celular subcutáneo, pulmón, hígado y cerebro. Una característica rara de las metástasis de melanoma es su fuerte tendencia a la hemorragia, que ocurre con mucha más frecuencia que en el caso de otro tipo de metástasis. La hemorragia se observa hasta en el 33 al 50% de los casos. Las metástasis sistémicas tienen mal pronóstico, con una supervivencia media aproximada de 6 meses. No hay mejoría en la supervivencia de los pacientes con melanoma metastásico a pesar del tratamiento, que puede consistir en: cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia biológica y terapia bioquímica. Siendo la cirugía la más adecuada para metástasis aisladas y accesibles. La radioterapia tiene mayor utilidad en metástasis ganglionares y cutáneas. El curso clínico del melanoma es el más impredecible y variable de todas las neoplasias malignas. **Reporte del caso:** Se

trata de paciente masculino de 84 años de edad, con antecedente de melanoma cutáneo en región escapular derecha extirpado, quien posteriormente recibió tratamiento con interferón, todo esto 3 años antes del diagnóstico actual. Tres meses antes del diagnóstico presentó sangrado de tubo digestivo que se autolimitó y no se realizaron estudios de extensión. El paciente ingresó nuevamente por presentar datos de sangrado de tubo digestivo, por lo cual se realizó panendoscopia, encontrando lesión intraluminal en la segunda y tercera porción del duodeno; de la cual se tomaron biopsias siendo el resultado melanoma metastásico a duodeno. Posteriormente se decidió realizar tomografía computada con emisión de positrones (PET-CT), que demostró presencia de actividad tumoral en piel adyacente al área quirúrgica de resección previa, múltiples metástasis hepáticas y actividad en duodeno. **Conclusiones:** A pesar de ser una complicación poco frecuente de una neoplasia supuestamente controlada y sin encontrar una causa que justifique el sangrado de tubo digestivo, se debe sospechar de metástasis aun siendo éstas de muy poca incidencia de presentación.

128

SÍNDROME DE ZOLLINGER-ELLISON. REPORTE DE CASO

Braulio Aarón Crisanto Campos, Chapa AO, Hernández AV, Núñez VD. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México SSA, México, D.F.

Introducción: *Epidemiología:* Incidencia 0, 2 y 3 nuevos casos por millón de habitantes y año. Tercera y quinta décadas de la vida. Más frecuente en los hombres. El 80% casos esporádicos sin otras asociaciones. El 20% parte del síndrome de NEM-I. Localización: Páncreas (cabeza), segunda porción duodenal, estómago, bazo o ganglios peripancreáticos. Cincuenta por ciento múltiples. Dos terceras partes son malignos con posibilidad de metástasis productoras de gastrina en ganglios linfáticos regionales, hígado, bazo, médula ósea, mediastino, peritoneo y piel. Etiopatogenia: Patogenia desconocida. Hipergastrinemia. Incremento de la densidad de las células parietales. Hipersecreción ácida. Aparición de úlceras pépticas grandes o múltiples o localizadas en sitios atípicos. Anatomía patológica: Gastrinomas: Tumores compuestos de células pequeñas y redondeadas con núcleos uniformes y citoplasma con escasas mitosis. Manifestaciones clínicas: Síndrome ulceroso persistente, con alta tendencia a la recidiva y refractariedad al tratamiento convencional. Presentan a menudo complicaciones: Perforación o hemorragia. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Síndrome de malabsorción. El 10-15% diarrea primera manifestación del síndrome en ausencia de enfermedad ulcerosa. Diagnóstico: Quimismo valores de BAO > 15 mEq/h y cociente BAO/MAO > 0.6. Cifras de gastrinemia basal > 1.000 pg/mL. Test de estimulación con secretina endovenosa. Tomografía axial computarizada, resonancia magnética, ecografía o angiografía. Gammaografía de receptores de somatostatina, más útil en la detección de gastrinomas de pequeño tamaño. Tratamiento: Fármacos más efectivos inhibidores de la bomba de protones. Tumores únicos no diseminados, resección quirúrgica, tratamiento de elección. Sólo 20-25% pueden llegar a ser completamente resecaados. **Reporte del caso:** CEM, 38 años, masculino. Cuadro clínico caracterizado por dolor localizado a nivel epigástrico irradiado a cuadrantes superiores de abdomen, tipo ardoroso, de intensidad variable inicio y finalización súbito, periodos libres de dolor de duración irregular, sin factor causal aparente, sin predominio de horario, crónico, presenta cuadro de agudización con dolor abdominal generalizado, súbito, hiporexia, náusea. TA 120/70 mmHg; FC 80/min; FR 21 / min; T 37.5 °C. Abdomen de forma cilíndrica aplanado en sentido anteroposterior, cicatriz umbilical a la misma distancia de apéndices xifoides y sínfisis del pubis, sin hiperestesia e hiperbaralgesia, dolor a la palpación profunda de cuadrantes superiores, sin dolor a la descompresión, no se palpan visceromegalias, área hepática dentro de límites normales, timpanismo localizado en marco colónico, peristalsis de 1 mov/min. Paraclínicos: Hipergastrinemia. TAC: Tumor en cabeza de páncreas. SPECT-Octreótide: Tumor en cabeza de páncreas pb gastrinoma. Dictado quirúrgico: Diagnóstico pre y postoperatorio: Gastrinoma. Cirugía programada: Pancreatoduodenectomía Tipo Whipple. Cirugía realizada: Enucleación de gastrinoma en cabeza de páncreas, pancreatoduodenectomía Tipo Whipple, antrectomía, colecistectomía, pancreatoyeyunoanastomosis termino-terminal, hepatoyeyunoanastomosis terminolateral, gastroyeyunoanastomosis terminolateral tipo Hofmeister antecólica, yeyunoyeyunoanastomosis laterolateral en omega de Braun, biopsia de ganglios de hilio hepático. Reporte histopatológico: Gastrinoma. **Conclusiones:** Neoplasia de baja incidencia en nuestro medio que requiere un abordaje diagnóstico crítico para adecuar el manejo médico y/o quirúrgico al caso en cuestión y ofrecer el mejor tratamiento posible basado en la literatura médica disponible.

129

PERFORACIÓN DE ESTÓMAGO POR SONDA LEVIN EN PERITONITIS BILIAR SECUNDARIO A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Sergio Salvador Chávez Acevedo, Cruz LN. Servicio de Cirugía General. Hospital Integral de Nuevo Ideal Durango SSA, México, D.F.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica en el campo de la cirugía general se ha convertido ya en más de una década, en el «estándar de oro» en el tratamiento definitivo de la litiasis vesicular. De la misma manera se identifica un incremento en la frecuencia y gravedad de las lesiones de la vía biliar durante este procedimiento. Estas lesiones son causa de una mayor morbilidad, estancia hospitalaria prolongada, alto costo y demandas médico-legales. De las causas reconocidas de fuga biliar, la lesión inadvertida de la vía biliar principal es la más común. Sin embargo, otras causas han sido descritas, entre éstas la presencia de conductos accesorios con o sin lesión de los mismos, pobre aplicación de grapas en el conducto cístico, lesión o arrancamiento parcial de este último. La colocación de drenajes en el lecho hepático ocasionalmente suele prever estos casos identificando tempranamente las fugas y adecuar el tratamiento oportuno. **Reporte del caso:** Se presenta el caso de una paciente femenina, sometida a colecistectomía laparoscópica, la cual presentó peritonitis biliar tardía secundaria a fuga biliar más perforación de estómago por la colocación de sonda de Levin en el preoperatorio y sin la identificación de la lesión o conducto accesorio en el tiempo quirúrgico. Se trata de un paciente femenino de la cuarta década de la vida sin antecedentes cronicodegenerativos. Con antecedente de haber sido sometida hace 9 días a colecistectomía vía laparoscópica secundario a colelitiasis de más de 10 años de evolución en clínica particular sin colocación de drenaje. Acude por presentar cuadro de dolor abdominal y distensión con más de 24 horas de imposibilidad de canalizar gases y evacuar las heces sin ictericia y fiebre no cuantificada, el resto de la historia clínica sin importancia para el padecimiento actual. A la exploración física se palpa tumoración importante en abdomen superior, mal definida, dolorosa que ocupa todo el hemiabdomen superior. Sus laboratorios demuestran: hemoglobina 10.4g/dl, plaquetas 506,000. Pruebas de función hepática: bilirrubina total 1 mg/dl, fosfatasa alcalina 358, amilasa sérica 100 UI/l, lipasa 20 UI/dl. El ultrasonograma mostró la presencia de una colección subhepática y subfrénica, y ambas correderas parietocólicas. Se admite a la paciente con la previa colocación de sonda de Levin y sonda urovesical para manejo y control de líquidos en el tiempo de espera de sala de operaciones la paciente presentó datos de dificultad respiratoria y aumento del dolor abdominal y la distensión, se indicó radiografía de tórax mostrando aire libre subdiafragmático. Se llevó a la paciente a sala de operaciones realizando laparotomía exploradora encontrando colecciones supra y mesocólicas, subfrénico derecho, correderas parietocólicas y hueco pélvico de aspecto líquido biliar, así como importante peritonitis química parietal, visceral, y se evidencia sonda Levin perforando cara anterior del antro gástrico, no se identificó sitio de fuga biliar, se drenó y lavó la cavidad con 10 litros de solución fisiológica estéril y se colocó parche de Graham en lesión gástrica, así como colocación de drenaje subhepático, se cierra la pared de manera convencional, la paciente pasó a UCI por complicaciones respiratorias y fallece a las 48 horas por falla orgánica múltiple. **Conclusiones:** Las lesiones de vía biliar han aumentado de 2 a 3 veces, esto principalmente debido a la lesión inadvertida del cóleolo sin embargo los problemas más frecuentemente presentados son la hemorragia, infección, colecciones perihepáticas, lesiones a la vía biliar y fuga biliar. Las lesiones de la vía biliar que no se reconocen durante el procedimiento usualmente se hacen evidentes en el postoperatorio, incluyendo síntomas como fiebre y dolor abdominal, en el caso de fuga biliar y biliperitoneo además se pueden presentar datos clínicos de colangitis. Cualquier síntoma persistente como dolor abdominal, fiebre, o aumento de bilirrubinas o de la fosfatasa alcalina posterior a la colecistectomía laparoscópica amerita una investigación detallada. El uso de drenajes postoperatorios es controversial debido al argumento de aumento de infecciones del sitio quirúrgico y de ser entrada fácil a microorganismos a la cavidad, así como ciertos drenajes suelen ser insuficientes técnicamente en el drenaje de material de la cavidad, sin embargo el uso de estos drenajes pueden controlarse no más de 48 horas y aportan una seguridad además de su uso racional y elección adecuada del tipo de drenaje mejora considerablemente el pronóstico de salud.

130

OBSTRUCCIÓN PILÓRICA POR CUERPO EXTRAÑO

Eric Alberto Mares Sánchez, Gómez LG, Vázquez MI, Camacho FA, Domínguez VM. Servicio de Cirugía General. HGR No. 72 IMSS, México, D.F.

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños tiene ocasionalmente carácter accidental, la mayoría de las veces los niños, los enfermos mentales y reclusos los ingieren de forma voluntaria como parte de un juego o para la obtención de ganancias secundarias como es el caso de los reclusos. La consistencia, el tamaño y la forma de cuerpos extraños deglutidos son los factores que determinan su peligrosidad. Los objetos que han pasado por el esófago y han alcanzado el estómago y el duodeno son sorprendentes. Muchos parecen demasiado grandes, dentados o agudos para atravesar el estómago sin lesionar este órgano. La gran mayoría de los cuerpos extraños deglutidos son capaces de atravesar, una vez llegado al estómago, todo el resto del tubo digestivo sin causar complicaciones y se expulsan espontáneamente. La regla que postula que «todo objeto que atraviesa el cardias, puede salir también del estómago» tiene un valor limitado. Sin embargo, se acepta que aquellos objetos de más de 13 cm de longitud que permanecen

en el tubo digestivo por más de dos semanas de tratamiento conservador, deben ser extraídos quirúrgicamente. La ingestión de cuerpos extraños de grandes dimensiones o en grandes cantidades ocurre de forma frecuente en enfermos mentales y en reclusos, y no es infrecuente que coincidan ambas características. No es una urgencia frecuente, plantean una situación singular, ante la que el cirujano de guardia debe adoptar decisiones peculiares principalmente cuando se acompaña de deseos de «notoriedad» por parte del autolesionado. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino 16 años de edad, la cual acude al Servicio de Urgencias con padecimiento actual de 15 días de evolución caracterizado por presentar ingesta accidental de una «cuchara» al provocarse el vómito ya que padecía de bulimia que al doblar constantemente el mango de la cuchara produjo rotura de ésta; la paciente no presenta algún otro antecedente de importancia para su padecimiento actual. A su ingreso se encuentra con mal estado general, deshidratada, náuseas, vómito de 5 días de evolución, intolerancia a la vía oral, fiebre de 38 °C, dolor abdominal difuso de predominio epigástrico y datos de irritación peritoneal. Rx de tórax sin aire subdiafragmático, placa de abdomen mostrando cuerpo extraño «cuchara» Hb 12.1 g/dl, TP 12s, TPT 24s, INR 1.08, leucocitosis de 14 mil; se procede a laparotomía (incisión supraumbilical 8 cm) realizando gastrotomía longitudinal de 3 cm en región antral encontrando cuchara impactada en región pilórica, se extrae ésta y se procede a cierre primario en dos planos dejando SNG a derivación y Penrose dirigido al sitio de cierre. A los 3 días inicia líquidos, posteriormente dieta blanda y al quinto día se egresa en buenas condiciones, afebril sin complicación alguna, es vista por consulta externa de cirugía general, psicología y psiquiatría. **Conclusiones:** Una vez realizado el diagnóstico de la presencia de cuerpo extraño en el tubo digestivo es importante conocer las características y localización de éste y la presencia o no de sintomatología para decidir la conducta a seguir, en este caso el método empleado fue quirúrgico, sin embargo la endoscopia es útil en la mayoría de los casos; en ocasiones no se tiene el recurso de este servicio, el equipo está incompleto o se cuenta con falta de capacitación del personal para realizarlo. Se tiene que individualizar a cada paciente de acuerdo al tiempo de evolución, sintomatología, tipo de cuerpo extraño y su localización, así como los recursos que se tengan.

131

CROHN EN PÍLORO COMO MANIFESTACIÓN INICIAL, REPORTE DE UN CASO

Omar Eduardo Chávez Velarde, Rocha RJL, Parrado MW, Rojas IMF, Saldaña GJA, Martínez GR, Ávalos HV, Flores OA, Flores RA, Samaniego CC, Olvera FOE. Servicio de Coloproctología. Hospital Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, México, D.F.

Introducción: La enfermedad de Crohn ha sido descrita desde la antigüedad, la causa es multifactorial. Afecta el tracto gastrointestinal de la boca al ano, abarca toda la pared del intestino y se extiende a estructuras adyacentes, los síntomas son dolor abdominal, diarrea, pérdida de peso, fiebre, hemorragia, abscesos, fístulas y estenosis. Se localiza en región ileocecal en un 40%, 30% en intestino delgado y 20% afecta solamente el colon, con menor frecuencia del 5% al 10% se localiza en zonas del tubo digestivo proximal como boca, lengua, esófago y estómago, como procesos inflamatorios. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 50 años de edad, inició hace tres años, con dolor abdominal tipo cólico en epigastrio, difuso, náuseas, pérdida de peso, fiebre no cuantificada de predominio vespertino, por Oncología Quirúrgica del Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMN SXXI), se le realizó gastrectomía subtotal con Billroth II por cáncer gástrico, encontrando tumor en píloro, con reporte histopatológico: con cambios inflamatorios agudos y crónicos inespecíficos. Inició de nuevo hace aproximadamente un año cuatro meses, con dolor en epigastrio, tipo cólico, difuso, náuseas, vómitos y evacuaciones líquidas, color café en número de 5 al día, se hospitaliza en noviembre de 2007 con: anemia normocítica-normocrómica, química sanguínea, electrolitos séricos y pruebas de funcionamiento hepático dentro niveles normales, ultrasonido abdominal en relación a hígado congestivo, serie esofagogastrroduodenal normal, tomografía axial computarizada de abdomen con engrosamiento de la pared de íleon, panendoscopia con hernia hiatal tipo I, gastroyeyunoanastomosis permeable, videocolonoscopia con estenosis del 60% de la luz colónica a 60 cm del margen anal, biopsia de la estenosis reportando cambios inflamatorios mínimos e inespecíficos. Se envió al Servicio de Cirugía de Colon y Recto del CMN SXXI, realizándosele videocolonoscopia el 05-12-07 con dos estenosis de colon: a 50 cm del margen anal, franqueable con el colonoscopia y otra a 55 cm del margen anal, que obstruye un 70% de la luz, no permitió el paso del colonoscopia, biopsia de la estenosis no franqueable con resultado histopatológico: inflamación crónica e inespecífica leve, no evidencia de neoplasia, colon por enema sin alteraciones. Con diagnóstico de estenosis benigna de colon se realiza cirugía de segmentectomía de colon de ángulo hepático con colo-coloanastomosis latero-lateral con engrapadora, con hallazgos: ascitis, adherencias, ganglios intermedios en mesocolon de aproximadamente 4 mm de diámetro, fibros-copia transoperatoria con estenosis a 40 y 45 cm del margen anal, colon de aproximadamente 70 cm de longitud. Resultado histopatológico de pieza de colon y ganglio: enfermedad de Crohn, ganglio de mesocolon con

hiperplasia mixta. Se solicitaron las laminillas de histopatología de la primera cirugía por el tumor de píloro al Servicio de Oncología del CMN SXXI, enviándose a revisión con reporte de enfermedad de Crohn. **Conclusiones:** La presentación inicial de estenosis del píloro por enfermedad de Crohn es poco frecuente y en la evolución de la enfermedad, puede afectar otras áreas del tracto gastrointestinal, como se presentó en esta paciente, ameritando varios estudios, para un buen protocolo de estudio.

132

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PARA LA LIBERACIÓN DEL LIGAMENTO DE TREITZ EN PACIENTE CON SÍNDROME DE PINZA MESENTÉRICA: CASO CLÍNICO Y DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Denzil Garteiz Martínez, Carbó RR, López AM, Weber SA, Vega RF. Servicio de Cirugía General. Hospital Ángeles Lomas, México, D.F.

Introducción: El síndrome de arteria mesentérica superior (SMA), también conocido como síndrome de Wilkie's, obstrucción arterioesentérica o compresión vascular duodenal, es una patología infrecuente de obstrucción intestinal alta caracterizada por pérdida de peso, anorexia, saciedad temprana, náusea, vómito recurrente y dolor abdominal postprandial debido a la compresión de la tercera porción del duodeno entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Los principales factores de riesgo son la pérdida rápida de peso o el antecedente de cirugía para deformidades de la columna. La pérdida rápida de peso y algunos estados metabólicos llevan a una depleción de la grasa mesentérica y retroperitoneal con la subsecuente disminución de la distancia aortomesentérica y del ángulo entre la arteria mesentérica superior y la aorta, al origen anómalo de esta arteria o al acortamiento del ligamento de Treitz. Es más frecuente en mujeres jóvenes entre 10 y 39 años, aunque puede afectar a todos los grupos de edad. El diagnóstico por lo general es complejo y requiere de estudios endoscópicos y radiológicos múltiples. El Tratamiento quirúrgico está indicado cuando el conservador fracasa y consiste en la duodenoyeyunostomía o la liberación del ligamento de Treitz («procedimiento de Strong»). El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de SMA, haciendo énfasis en la descripción de la técnica laparoscópica de liberación del ligamento de Treitz. **Reporte del caso:** Paciente femenina de 17 años de edad sin datos de trastorno alimentario o antecedentes quirúrgicos. Dos meses de evolución con dolor abdominal intermitente, postprandial, particularmente en epigastrio, asociado a distensión abdominal, náusea y vómito postprandial tardío, así como pérdida de peso de 8 kg. Fue tratada con procinéticos, antiácidos y medidas higienicodietéticas sin respuesta. La exploración física demostró abdomen distendido, timpanismo generalizado sin visceromegalias, dolor a la palpación en mesogastrio y peristalsis aumentada. Los estudios paraclínicos mostraron únicamente hipokalemia leve (3.3) y disminución de la relación albúmina/globulina 1.2. Se realizó panendoscopia, mostrando gastropatía aguda, lago biliar gástrico y dilatación de primera y segunda porción duodenal sin evidencia de obstrucción pilórica. La TAC abdomino-pélvica contrastada demostró dilatación moderada especialmente de la segunda y tercera porciones del duodeno, observando franca reducción luminal adyacente al nacimiento de los vasos mesentéricos, especialmente la arteria (compresión extrínseca en la tercera porción del duodeno), con un ángulo de 40° entre el eje de la aorta y la porción descendente de la arteria mesentérica superior. La paciente fue sometida a liberación laparoscópica del ligamento de Treitz sin complicaciones y presentó una evolución favorable. Fue egresada al tercer día de operada tolerando sus alimentos y a 8 meses de seguimiento se encuentra asintomática, tolerando la vía oral y aumentando de peso. **Conclusiones:** El síndrome de arteria mesentérica superior es una entidad clínica rara de pacientes con datos de obstrucción intestinal alta. A pesar de que el papel de la laparoscopia en el manejo de esta entidad no se ha definido, puede ser una alternativa para el tratamiento. La duodenoyeyunostomía es una opción quirúrgica de mayor complejidad y morbimortalidad y debe ser indicada en casos donde la dilatación duodenal sea excesiva o no sea factible liberar la obstrucción por completo con la sección del ligamento de Treitz. En este caso las condiciones de la paciente favorecían el procedimiento de Strong como primera opción terapéutica y los resultados fueron muy satisfactorios. En el cartel se exponen los principales pasos del abordaje laparoscópico para la sección del ligamento de Treitz.

133

MORBIMORTALIDAD EN CIRUGÍA GÁSTRICA EN EL HOSPITAL REGIONAL IGNACIO ZARAGOZA DEL ISSSTE

Hugo López Calzada, Torres SC, Silva GS, Rubio TC. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE, México, D.F.

Introducción: La cirugía gástrica dentro del ámbito de la cirugía general ha presentado múltiples cambios durante su historia, siendo en su inicio parte importante en la enfermedad ácido péptica, hasta hoy en día donde su principal indicación es por tumoraciones en el estómago, así como por heridas por arma de fuego. **Objetivo:** Reportar y analizar las gastrectomías realizadas en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza en los últimos cinco años, de-

bidas a úlceras gástricas complicadas, traumatismos gástricos, tumoraciones gástricas. **Material y métodos:** Se analizaron el sexo, edad, estado nutricional previo a la cirugía, cirugías de urgencia y electivas realizadas, las principales causas que ameritaron cirugías gástricas en los últimos 5 años, en el Servicio de Cirugía General por úlceras complicadas, traumatismos gástricos y tumoraciones gástricas. **Resultados:** Durante los últimos 5 años se realizaron 369 cirugías gástricas, dentro de las cuales el 60% fueron gastrectomías totales (20% por úlceras gástricas complicadas, 70% por tumoraciones gástricas malignas, 10% heridas por arma de fuego), 30% hemigastrectomías (80% por úlceras gástricas perforadas, 5% por heridas por arma de fuego, 15% por tumoraciones benignas), 10% se realizaron cierres primarios con parche de Graham (80% úlceras gástricas perforadas, 20% por traumatismos gástricos), presentándose las úlceras gástricas predominantemente en el sexo masculino 2:1, secundarias a AINES en el 30%, sin respuesta a tratamiento médico en el 10%, las tumoraciones malignas se presentaron en el 70%, las tumoraciones benignas en el 25%, las causas de traumatismo gástrico fueron 85% heridas por arma de fuego, 5% a trauma cerrado de abdomen, 10% a herida por arma blanca. **Conclusiones:** Como se refleja en los resultados mencionados anteriormente hoy en día las principales indicaciones de gastrectomías totales son secundarias a tumoraciones malignas del estómago, siendo las úlceras complicadas la segunda causa debido a perforación, sangrado, estenosis o falla a tratamiento médico; en casos de tumoraciones benignas se recurre a hemigastrectomías, así como al cierre primario con parche de Graham en las úlceras complicadas o en heridas por arma de fuego, concluyendo con esto que la cirugía gástrica ha presentado cambios con respecto al cambio de cultura de la humanidad.

134

GRAN TRICOBEOZAR

Alfonso Fuentes López. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Puebla SSA, Puebla, Puebla

Introducción: Se trata de paciente femenino de 22 años de edad la cual inicia padecimiento actual hace aproximadamente 1 año con vómito postprandial después de una hora de la ingesta a sólidos, el cual ha sido progresivo a líquidos en el transcurso de un año así como pérdida ponderal de aproximadamente un año, ingresa al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal intenso de predominio en epigastrio de 24 h de evolución, intolerancia a la vía oral con vómito inmediato postprandial con los siguientes datos de importancia en la exploración somnolencia, palidez de tegumentos, deshidratación, TA: 100/60 mmHg, fc: 95 FR: 18, Temp. 37.2, sin adenopatías cervico-axilares, ruidos cardiacos de buen tono e intensidad, taquicárdica, adecuada transmisión del murmullo vesicular, timpanismo a la percusión en bases pulmonares, abdomen con datos francos de irritación peritoneal con dolor de mayor intensidad en epigastrio, timpanismo, no se palpan tumoraciones, sin peristalsis, tacto rectal normal, extremidades sin novedad. **Objetivo:** Determinar el probable diagnóstico de fondo de un cuadro de oclusión/perforación intestinal. **Material y métodos:** Labs, Rx de abdomen. **Resultados:** Perforación gástrica secundaria a úlcera en cardiax, gran tricobezoar de 2 kg de 35 cm de longitud con forma gastroduodenal. **Conclusiones:** Dentro de las causas más raras de oclusión intestinal y perforación están los tricobezosares, estos pacientes por lo general son jóvenes y tienen una enfermedad psiquiátrica de fondo.

135

TRICOBEOZAR

Willver Arango Martínez. Servicio de Cirugía General. Hospital Eduardo Sánchez Navarro SSA, Oaxaca, Oaxaca

Introducción: Bezoar se deriva de la palabra árabe badzher y del hebreo beluzzar, que significan antídoto o antiveneno. Es una masa compacta compuesta de fibras, cabellos, trozos de piel, semillas, hojas, raíces o tallos de plantas y medicamentos. Se tiene información de ellos desde siglo II y III a.C. El primer caso fue reportado por Baudaman en 1779. La primera extracción quirúrgica fue descrita en 1883 por Schonbern. Afecta estómago y puede extenderse a lo largo del intestino, se han descrito otros en esófago y riñón. Suelen causar obstrucción o perforación intestinal o ser una masa palpable. La incidencia aún no está determinada, se estima que es del 0.6% al 3%. Los tricobezosares son más frecuentes en mujeres y los fitobezosares en hombres. Afecta principalmente a las mujeres entre los 15 a 30 años de edad. Vaughan describió el síndrome de Rapunzel en 1968 que es la extensión de un tricobezoar más allá del píloro. Factores de riesgo: desórdenes psicológicos (tricofagia, tricotilomanía, síndrome de pica), alteraciones afectivas, aislamiento social, angustia, retraso psicomotor, enfermedades psiquiátricas (esquizofrenia), alteraciones en la motilidad intestinal, cirugía gástrica, estado postvagotomía, enteropatía perdedora de proteínas, esteatosis, poliposis gástrica, intususcepción, oclusión intestinal alta o baja y perforación. Cuadro clínico: debilidad y pérdida de peso (38%); anemia, anorexia, constipación y diarrea (32%); hematemesis (6%); halitosis, alopecia regional, masa palpable grande lisa, móvil y no dolorosa en epigastrio y úlcera péptica. Los estudios diagnósticos son: Rx con bario, ultrasonido, en-

doscofia, laparoscopia, TAC. Tratamiento: quirúrgico (laparotomía, laparoscopia), excepto en los casos de bezoares muy pequeños. Existen otras alternativas de tratamiento: endoscopia, fragmentación con láser, taladro endoscópico, litotripsia electrohidráulica o extracorpórea, enzimas proteolíticas, mucolíticos, celulíticos, lavados con refresco de cola. **Objetivo:** Conocer la incidencia, morbimortalidad y el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de tricobezoar. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y observacional realizado en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto de San Luis Potosí, del 010102 al 311207, en el que se incluyeron pacientes de cualquier edad con diagnóstico de tricobezoar que fueron tratados en nuestra institución, para tal motivo se revisaron los expedientes de pacientes que ingresaron con los diagnósticos de masa abdominal, obstrucción intestinal y dolor abdominal en el periodo de estudio. El análisis estadístico fue básico. **Resultados:** Se encontraron 3,174 expedientes: 161 de masa abdominal, 276 de oclusión intestinal y 2,737 de dolor abdominal. Seis casos, cuyas edades oscilaban entre 13 y 33 años, tuvieron diagnóstico de tricobezoar confirmado por histopatología, para una incidencia general de 0.19%. Todos fueron del sexo femenino. Todas presentaban algún tipo de alteración psiquiátrica. El 83.3% tenía antecedente de tricotilomanía y/o tricofagia. Los principales hallazgos clínicos fueron: dolor abdominal (100%), náusea y vómito 83.3%, masa palpable 50%, obstrucción intestinal 33.4%. El diagnóstico se hizo con ultrasonido: 2 casos, TAC: 2 casos, endoscopia y SEG D un caso c/u. Todas se trataron quirúrgicamente (laparotomía + gastro y/o enterotomía con extracción del tricobezoar). En todas el tricobezoar se localizó en estómago, en 2 se encontró síndrome de Rapunzel, una tuvo tricobezoar en yeyuno e íleon con perforación intestinal que ameritó resección con anastomosis, que posteriormente tuvo dehiscencia que ameritó reintervención. Una paciente tenía antecedente de IQ por la misma causa 10 años antes. Estancia hospitalaria promedio: de 8.5 días (4-13 días). Cero mortalidad. **Conclusiones:** Los tricobezosares son una patología rara, de la cual existe poca información. Según Debakey y Oschaner predomina en las mujeres, lo que se confirmó en esta revisión. Es importante tener en cuenta la patología en pacientes femeninas jóvenes con alteraciones psicológicas y manejo psiquiátrico que presentan dolor y masa abdominal con síntomas gastrointestinales. Además, es necesaria una valoración psicológica y psiquiátrica en todos los pacientes con diagnóstico de bezoar, como parte del manejo integral.

136

TRICOBEOZAR GÁSTRICO. CASO RARO

Sergio Salvador Chávez Acevedo, Cruz LN. Servicio de Cirugía General. Hospital Integral de Nuevo Ideal Durango SSA, México, D.F.

Introducción: Los bezoares son cuerpos extraños como cabello, plástico o algodón en el estómago e intestino. La descripción del tricobezoar es muy antigua, es una entidad poco frecuente y afecta predominantemente a mujeres jóvenes con psicopatología de fondo. La enfermedad fue informada por Sushruta en India en el siglo XII a.C., así como también por Charak en el siglo II y III A.C. El primer tratamiento quirúrgico fue realizado en 1883 por Schonborn. El bezoar gástrico se desarrolla cuando el material ingerido permanece en el estómago y no es digerido. Otras localizaciones, aunque en excepcionales, son: esófago (divertículo), duodeno y biliar (colecistogastrotomía). La sintomatología de los tricobezosares es muy variable por lo que su inicio es insidioso y el diagnóstico generalmente se hace tardío además de que su incidencia es baja. **Reporte del caso:** Paciente de sexo femenino de 32 años con nivel socioeconómico bajo con antecedente de retraso mental acudió al Servicio de Urgencias del Hospital General de Cuernavaca traída por su madre por cuadro clínico de dolor abdominal, náuseas llegando al vómito de contenido alimenticio y pérdida ponderal no cuantificada de más de un mes de evolución, la madre refirió que la paciente tenía antecedente de tricotilomanía y tricofagia; a la exploración física la paciente presenta palidez mucocutánea y zonas de disminución de la longitud del pelo, sin datos de compromiso cardiopulmonar, en el abdomen se palpa a nivel epigástrico una tumoración de característica renitente, móvil e indolora de 10 x 8 cm. Resto sin alteraciones. Se realizaron exámenes de laboratorio con Hto 32%, Hb 10 g/dl; eosinófilos 10% e hipocromía; proteínas totales 5 g, albúmina 3.4 g. Se realizó ultrasonido abdominal con reporte de lesión tumoral gástrica de consistencia sólida con sombra acústica posterior, se procedió a realizar endoscopia alta con reporte de cuerpo extraño gástrico que correspondía a un tricobezoar. Se ofreció el beneficio quirúrgico con gastrotomía longitudinal anterior se visualiza el tricobezoar, se procede al retiro del cuerpo extraño de aproximadamente de 15 x 5 cm que abarcaba la totalidad del estómago, se procedió a la gastrotomía en dos planos y se dejó sonda Levin por 4 días y se manejo con bloqueadores de bomba en el postoperatorio se progreso a dieta y se dio de alta al 6to día con controles al Servicio de Psiquiatría. **Conclusiones:** Con respecto a la paciente la sintomatología abdominal, la intolerancia a los alimentos con náusea, vómito y pérdida ponderal, siempre debe sospecharse enfermedades concomitantes de tumoraciones gástricas, sin embargo el antecedente de tricotilomanía y tricofagia orientan al diagnóstico, sin embargo es necesario protocolizar para un diagnóstico más

certero con estudios de imagen y endoscópico. El tricobezoar es una patología de muy baja incidencia que obliga al cirujano a tener una alta sospecha ante una historia en pacientes con alteraciones psiquiátricas, con cuadro crónico caracterizado por epigastralgia e intolerancia a la ingesta de alimentos. El pronóstico generalmente es bueno sin embargo es necesario una evaluación completa por los servicios de psiquiatría en pacientes que no reconocen su manía y en aquéllas con mal control de su salud mental.

137

SÍNDROME DE RAPUNZEL, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Omar Vicente Espinoza Morales, Zamario FS, Casillas CA, Bernal CI, Velázquez VW. Servicio de Cirugía General. Hospital Centro de Especialidades del Estado de Veracruz (CEMEV) SSA, Xalapa, Veracruz

Introducción: El síndrome de Rapunzel es una forma rara de tricobezoar, traspasa el píloro hacia el intestino delgado causando obstrucción intestinal. Se presentan dos casos, el primero una niña de 13 años con tricobezoar gástrico y además síndrome de Rapunzel, el segundo una mujer de 20 años con síndrome de Rapunzel. **Reporte del caso:** Caso 1: Femenino de 13 años, 7 días previos a su ingreso laparotomía exploradora de manera privada por tricobezoar gástrico, diagnosticado clínicamente y por endoscopia, realizando gastrotomía y extracción del conglomerado de cabello, a los 5 días egresa por mejoría. Acude a nuestra institución por dolor abdominal cólico, vómitos, distensión abdominal, no canaliza gases por recto ni evacuaciones. EF: deshidratada, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen distendido, dolor a la palpación en cuadrantes inferiores, resistencia muscular, peristalsis disminuida. Laboratorio BH leucocitos 13,900, neutrófilos 84.5%, Hb: 11.6 g/dl, Hto: 37.7%, glucosa: 113 mg/dl, Na: 130 mmol/l, Cl: 95 mmol/l, K: 4.9 mmol/l, Ca: 7.5 mmol/l. TP: 92% y TTP: 24.8". Rx de abdomen dilatación de asas de delgado y niveles hidroaéreos en escalera. Se realiza laparotomía exploradora, Media (incisión de la cirugía anterior), encontrando dilatación de asas de intestino delgado, gastrorrafia bien, tricobezoar en íleon a 90 cm de la válvula ileocecal de aproximadamente 15 x 5 cm, obstruye por completo la luz intestinal, se realiza enterotomía y extracción completa del tricobezoar, enterorrafia y cierre de la pared abdominal por planos. Evolución satisfactoria, es valorada por psicología, egresa por mejoría. Caso 2: Paciente femenina de 20 años, casada, sin antecedentes importantes inicia su PA 20 días previos con dolor abdominal tipo cólico progresivo en epigastrio y mesogastrio, irradia a ambas fosas ilíacas, posteriormente se agrega intolerancia a la vía oral, fiebre de 38.5 °C se envía a este hospital. EF diaforética, piel fría, marmórea, mucosa oral seca, tórax sin compromiso cardiopulmonar, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación a nivel de fosa ilíaca izquierda, percusión normal, no plastrones, peristalsis normal, no datos de irritación peritoneal, tactos vaginal y rectal normales, materia fecal en ámpula rectal de características normales, extremidades, pulsos filiformes, llenado capilar retardado. BH 27,600 leucos, 89.9% de neutrófilos, Hb 20.5, Hto. 59.6, TP 100%, QS gluc. 168, urea 98.63, creat. .19, ES, lipasa y amilasa normales, EGO nitritos +, proteínas 25, Bilirrubinas 3, leucos 3 x campo, eritros 7 x campo, filamento mucoso +++, Rx simple de abdomen asa fija en fosa ilíaca der. Además de niveles hidroaéreos, USG normal, TAC engrosamiento de la pared del intestino grueso, dilatación de vasos neumatos intestinal. Ingresa al Servicio de Cirugía para vigilancia. La paciente presenta evolución tórpida, continúa con dolor abdominal y vómitos a pesar de la administración de analgésicos. Se revalora y se evidencia tumoración a nivel de cuadrante inferior izquierdo y Von Blumberg +. Se coloca sonda nasogástrica obteniendo 1,200 cc de material intestinal, se da tratamiento a base de antibióticos y omeprazol, 24 horas después continúa con dolor abdominal náuseas, resistencia muscular voluntaria. Peristalsis disminuida y comenta ingesta de cabello de varios años, el gasto por sonda nasogástrica de características intestinales y datos de obstrucción intestinal. Se realiza laparotomía exploradora por obstrucción intestinal secundaria a tricobezoar. Se observa dilatación de asa proximal de intestino delgado de aprox. a 150 cm de la válvula ileocecal, con tricobezoar de 40 cm con implante intestinal a 50 cm del asa fija. Se realiza enterotomía a 50 cm del asa fija de 2 cm y otra a 150 cm de 3 cm con cierre primario posterior a la extracción de tricobezoar. Evolución satisfactoria. **Conclusiones:** Aunque la localización más frecuente del tricobezoar es el estómago no debemos pasar por alto la revisión sistemática del intestino en busca de otros sitios de implante.

138

METAL-BEZOAR Y PLÁSTICO-BEZOAR: REPORTE DE 2 CASOS

Luis Enrique Llamas Prieto, Lomelí MMA, Ciambelli RDD, Bonilla VR, Hernández ZJF, González RG, Ocampo GR. Servicio de Cirugía General. Hospital Civil de Guadalajara SSA, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La denominación de bezoar se da a cuerpos orgánicos o inorgánicos encontrados dentro del tracto gastrointestinal no digeridos, en

base a los materiales que los componen pueden denominarse como tricobezoar, fitobezoar, farmacobezoar y menos común los lactobezoar, metalbezoar y plasticobezoar, según la composición tamaño y localización pueden ocasionar complicaciones, que van desde una obstrucción intestinal mecánica, ulceraciones gástricas o intestinales, intususcepción intestinal, perforación con lesiones a órganos adyacentes, migración por áreas débiles de pared, como sería una cicatriz abdominal o trayecto fistuloso. Hipótesis: los pacientes con trastornos psiquiátricos, como anorexia nerviosa y esquizofrenia, se asocian a los casos más complejos de bezoar. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 35 años de edad el cual acude al Servicio de Urgencias, presentando cuadro de dolor abdominal secundario a la ingesta de cuerpos metálicos, refiere el paciente llevar 1 mes ingiriéndolos, sin datos obstructivos, tolerando la dieta y evacuando; diagnosticado hace 3 años con esquizofrenia paranoide, mal apego al tratamiento psiquiátrico, consumidor de drogas y tabaco, laparotomías en 2 ocasiones previas por presencia de metal-bezoar, en exploración física, distensión abdominal, ruidos peristálticos presentes, dolor abdominal epigástrico, matidez hepática respetada, masa en hipocondrio izquierdo. La radiografía abdominal muestra la cámara gástrica con materiales metálicos que ocupaban la mayor parte del cuerpo gástrico, por sus condiciones clínicas, se solicita al Servicio de Endoscopia extracción de los objetos, debido a la gran cantidad no es posible realizar la extracción, se decide manejo quirúrgico con los siguientes hallazgos, cavidad abdominal con presencia de múltiples adherencias fibrosas en estómago por previas gastrotomías, cámara gástrica con múltiples objetos de metal (incluyendo broches, monedas, tornillos, tuercas y puntas), sin puntos de perforación, el estómago se cierra en dos planos y se deja sonda nasogástrica. Radiografías posteriores muestran algunos objetos metálicos dispersos ya en intestino delgado y colon, se da manejo conservador y éstos son evacuados, iniciando dieta al quinto día con buena tolerancia y tránsito intestinal, reinicia tratamientos psiquiátricos y egresa a los 12 días con buena evolución. Segundo paciente masculino de 35 años procedente de centro psiquiátrico estatal diagnosticado con esquizofrenia paranoide de 20 años de evolución, antecedente de hospitalizaciones por ingesta de cuerpos extraños, 6 laparotomías y la última 1 año previo dejando sonda de gastrostomía, que se retira hace 6 meses. A la valoración inicial el paciente con adecuados parámetros vitales, radiografías de abdomen con presencia de una cucharera metálica dentro de cuerpo gástrico, realizamos extracción endoscópica del objeto, dado de alta a los 2 días, reingresa en 1 mes, con presencia de un objeto (cucharera de plástico), expulsada por el área de la cicatriz abdominal trayecto lateral a gastrostomía, se extrae en sala de urgencias sin complicaciones con salida mínima de secreción. Al no existir cuadro de abdomen agudo queda en observación y ayuno, cursa 5 días sin dar gasto por sitio de expulsión en cual cicatriza, inicia dieta con buena tolerancia y tránsito intestinal, se da alta a los 10 días en buenas condiciones generales. **Conclusiones:** Los casos de metalbezoar y plasticobezoar, raramente son reportados en literatura, su incidencia aumenta en pacientes con esquizofrenia paranoide, en ellos cualquier cuadro de dolor abdominal deberá realizarse un diagnóstico diferencial de un bezoar, no olvidar que en estudios radiográficos los objetos plásticos son de difícil observación, pudiendo los pacientes con cuadros repetitivos de ingesta de cuerpos extraños, alojarlos por largos periodos de tiempo con posterior expulsión por puntos débiles estómago y pared abdominal, como serían las fistulas de gastrostomías, se recomienda siempre intentar una extracción endoscopia en forma inicial.

139

MANEJO DE UN TRICOBEOZAR GÁSTRICO CON COCA-COLA EN UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y DIÁLISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA

Jesús Salvador Fragoso Bernal, Ruíz RR, Vázquez HMA, Salazar MJ, Sedano BI, Padilla VP. Servicio de Cirugía General. Hospital Central de Apizaco, Apizaco, Tlaxcala

Introducción: El tricobezoar es una aglomeración de cabellos que se puede encontrar en cualquier parte del tracto digestivo. Está asociado a tricotilomanía y tricofagia, la cual ocurre en mujeres en el 90%, principalmente niñas y adolescentes, pero sin alteraciones en la motilidad gastrointestinal, como caracteriza a los fitobezoares. El diagnóstico se realiza mediante estudios de imagen y endoscopia. Las opciones terapéuticas son: medidas dietéticas, procinéticos, lavados gástricos, disolución enzimática, terapéutica endoscópica y cirugía abierta o laparoscópica. Recientes informes en Grecia, Corea del Sur, Japón, China y España, reportan eficacia de la Coca-Cola en la disolución de fitobezoares. Nosotros presentamos el primer reporte del manejo exitoso de un tricobezoar con Coca-Cola vía oral. **Reporte del caso:** Femenina de 12 años, antecedente de insuficiencia renal crónica manejada con diálisis peritoneal ambulatoria desde hace 2 años. Inicia 6 días antes de su ingreso por dolor abdominal cólico en hipocondrio izquierdo y náuseas postprandial. A la exploración áreas de alopecia en piel cabelluda y tumoración de 10 x 10 cm en epigastrio e hipocondrio izquierdo móvil y dolorosa a la palpación. Peristaltismo presente y normal. Refiere familiar vómito y evacuaciones con cabellos, pero negando la paciente tricofagia.

Estudios de laboratorio: glucosa 64 mg%, urea 246 mg%, BUN 115 mg%, creatinina 16.2 mg%, K 5.1 mE/L, Hb 8.5 g, Hto 26%. Se le realiza TAC de abdomen en donde se observa masa ocupativa intragástrica y se envía a endoscopia. Esta última reporta: tricobozoar que ocupa cuerpo y antro y que impide el avance del endoscopio. Dado que la paciente requiere la cavidad peritoneal íntegra para continuar su tratamiento dialítico por síndrome urémico, se decide manejo conservador con Coca-Cola, según los reportes exitosos encontrados en la literatura. Se inicia con 1 litro diario: 250 cc/hora por 2 días vía oral para evitar sobrecarga hídrica. Posteriormente 2 litros/día vía oral por una semana, con disolución exitosa corroborado por evacuaciones con cabellos, estudio de imagen y endoscopia. **Conclusiones:** La Coca-Cola tiene propiedades corrosivas; utilizada, al igual que otras bebidas carbonatadas, para destapar cañerías, aflojar tornillos y tuercas oxidadas, desatascar sondas de alimentación, prevenir obstrucción de prótesis esofágicas, etc. Se realizó una investigación en www.ncbi.nlm.nih.gov buscando «trichobozoar» and «Coca-Cola»; sin encontrar literatura al respecto, lo que hace este el primer reporte del uso de la Coca-Cola para disolución de un tricobozoar. Este método es una modalidad de tratamiento conservador eficaz, seguro, sencillo y barato para todo tipo de pacientes, con baja morbilidad, sin complicaciones y disminuye estancia hospitalaria. Útil no sólo para pacientes en que la integridad de la cavidad peritoneal es útil para continuar dializándose.

140

BEZOAR METÁLICO; REPORTE DE UN CASO

Pablo Serrano Rodríguez, Oropeza MR, Rodríguez JJ, Cruz ZA, Ruiz VB, Mata QC, Ramírez MF, Muñoz IE, García AL, Alonso A, Mondragón CM. Servicio de Cirugía General. Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX, México, D.F.

Introducción: En general, los bezoares son poco frecuentes, siendo excepcionales en la población general. Según su composición distinguimos: Fitobozoar, compuesto por fibra de frutas y vegetales, es la forma más frecuente de bezoar en general. Tricobozoar, compuesto por pelo. Tricofitobozoar, mezcla de los dos anteriores. Quimobozoar, compuesto por sustancias químicas como resinas. Otros bezoar menos frecuentes son: lactobozoar, bezoar de ascaris, y los extremadamente raros como los bezoares metálicos. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 43 años con antecedente de depresión mayor en tratamiento con Prozac, sin internamientos hospitalarios por depresión. Familia disfuncional con un hijo en reclusorio. Un internamiento por ingesta de tornillos y tuerca. Inicia con dolor abdominal importante de 24 horas de evolución de predominio en epigastro, sin irradiaciones que no mejora con la ingesta de alimentos ni pantoprazol motivo por el cual acude al Servicio de Urgencias, además se refería estar presentando insomnio intermitente, poco comunicativo, tendencia al aislamiento, ansiedad, temblor distal de manos, y en ocasiones temblor distal de extremidad inferior izquierda, pensamientos en dejar de vivir. En la exploración física dirigida con abdomen blando depresible con dolor vago generalizado sin datos de irritación con peristalsis presente normal. Placas simples de abdomen en 2 posiciones con múltiples materiales radioopacos en cámara gástrica. Se propuso manejo endoscópico de forma inicial sin poder realizar el mismo por el magnetismo de las piezas metálicas. Se programó para laparotomía exploradora, encontrando perforación en yeyuno a la que se le realiza cierre en dos planos, posteriormente se le realiza gastrotomía en cara anterior de estómago de aproximadamente 10 cm y se realizó la extracción del bezoar metálico en partes que estaba compuesto por un total de 183 piezas metálicas, se realiza el cierre del estómago en 2 planos. El paciente cursó con adecuada evolución siendo egresado en su 6to día de postoperado tolerando la vía oral y sin complicaciones postquirúrgicas en su seguimiento a 3 meses; actualmente el paciente se encuentra en tratamiento psiquiátrico con benzodiazepinas e ISRS. **Conclusiones:** El tratamiento de elección es por vía endoscópica para los objetos metálicos únicos en cámara gástrica; en el caso de nuestro paciente el abordaje fue por medio de una laparotomía ya que presentaba un bezoar magnetizado que imposibilitaba su extracción de forma endoscópica, así como por la cantidad de objetos aumentaba el riesgo de perforación de estómago y esófago eran extremadamente altos por la cantidad y el tipo de objetos que presentaba nuestro paciente.

141

BEZOARES GÁSTRICO RESUELTO POR GASTROSTOMÍA Y VACIAMIENTO MANUAL

Jorge Sánchez Siles. Servicio de Cirugía General. Hospital Xoco GDF, México, D.F.

Introducción: Los bezoares son concreciones formadas en el estómago y/o intestino, los pacientes sintomáticos pueden quejarse de dolor abdominal, la ulceración y la hemorragia se relacionan con mortalidad del 20% actualmente existe una gran discusión con respecto a cuál es el método de elección de tratamiento, oscilando desde el tratamiento conservador, hasta el tratamiento quirúrgico. **Reporte del caso:** Femenino de 40 años

de edad con antecedente de parálisis cerebral infantil que es llevada al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal náusea y vómito, así como obstipación, con exploración TA 110/70, FC 110, FR 20, temp 37.5 mucosa oral parcialmente hidratada distensión abdominal, peristalsis nula, rebote positivo laboratorios con leucocitosis con desvío a la izquierda estudios de Rx con cámara gástrica aumentada de tamaño y ocupada por una imagen heterógena, con datos francos de abdomen agudo por lo que se decide su intervención quirúrgica para laparotomía exploradora. **Conclusiones:** Se encuentra en cara anterior de estómago perforada en su cuerpo, con salida de material gástrico, alimentario, cabello y material plástico, por lo que se decide realizar gastrostomía y vaciamiento manual del estómago para posteriormente realizar cierre de gastrostomía en dos planos presentando adecuada evolución, iniciando la vía oral al cuarto día se decide su egreso al 7o día con revisión en la consulta a los 15 días y manejada por el Servicio de Psiquiatría.

142

ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A VÓLVULO GÁSTRICO COMBINADO

José Antonio Ortiz Gil, Sandoval MKE, González DS. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México Sector: SSA, México, D.F.

Introducción: El vólvulo gástrico fue descrito inicialmente por Berti en 1866. Berg llevó a cabo la primera operación exitosa en 1896. Puede ser agudo o crónico. Cuando se presenta en ausencia de anomalía anatómica o una enfermedad asociada en la cavidad abdominal, se denomina idiopático. El 75% se asocia a: 1) Hernia de hiato, la que puede ser congénita o adquirida. 2) Hernia diafragmática resultante de traumatismo o defectos congénitos. 3) Eventración del diafragma izquierdo, idiopática o después de la lesión del nervio frénico. 4) Por obstrucción pilórica. 5) Por adherencias. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de un paciente masculino de 77 años de edad, el cual ingresa al Servicio de Urgencias por presentar desde hace 6 meses hematemesis, pérdida peso de 15 kilos, anorexia, hace 3 días presenta intolerancia a la vía oral, con presencia de náuseas llegando al vómito, así como dolor abdominal difuso y sin haber evacuado hace 5 días, a la exploración física se encuentra paciente con abdomen escavado, sin la palpación de viceromegalias o tumoraciones, con peristaltismo ausente, se toman laboratorios encontrando desequilibrio hidroelectrolítico, se decide realizar panendoscopia la cual reporta saco herniario que distorsiona la anatomía gástrica, la cual dificulta la retroflexión, sin descartar saco herniario o hernia paraesofágica, se toman radiografías y serie gastroesofágica mostrando vólvulo gástrico, por lo cual se prepara al paciente nutricionalmente y se somete a cirugía, realizando gastrectomía total con esofagoyeyunoanastomosis, el paciente sale a terapia intensiva donde evoluciona satisfactoriamente, a los 7 días tolera la vía oral, y sin complicaciones postoperatorias se da de alta. **Conclusiones:** El vólvulo gástrico puede ser idiopático o asociado a una enfermedad, como en el presente caso en el que se asoció a una hernia paraesofágica. Existen dos tipos de vólvulo gástrico: 1) El organoaxial que ocurre alrededor de una línea desde el píloro hasta la unión esofagogástrica. 2) El mesenterioaxial que se produce alrededor del eje que cursa desde el centro de la curvatura mayor del estómago hasta el hilio hepático. Se menciona que 59% corresponde al organoaxial, 29% al mesenterioaxial, 2% es combinado y 10% a los no clasificados. Se puede presentar en cualquier edad. Su incidencia máxima se ubica en la quinta década de la vida. Clínicamente, el vólvulo puede presentarse con sintomatología aguda o crónica. El vólvulo crónico puede ser asintomático o presentarse con malestar abdominal alto, dolor o distensión durante la comida o poco después, seguido por arqueo y vómito. Se pueden presentar síntomas de patología asociada, como hernia de hiato o disnea, si hay eventración diafragmática o una gran hernia paraesofágica. El vólvulo agudo clínicamente se presenta con la tríada de Borchardt: 1) Dolor y distensión epigástrica, 2) vómitos seguidos por arqueo con incapacidad para vomitar y 3) dificultad para la introducción de sonda nasogástrica. Puede presentarse necrosis gástrica o una complicación letal, como ocurre en 20 a 50% de los casos en los que persiste con un tratamiento conservador. El diagnóstico se confirma mediante estudios de gabinete, la serie esofagogastroduodenal y el estudio endoscópico son básicos, de gran ayuda, como sucedió en nuestra paciente. En ocasiones, por la posibilidad de hernia hiatal, pueden estar indicados estudios complementarios como pHmetría o manometría, para dar una resolución adecuada a la patología. El tratamiento del vólvulo crónico consiste en investigar si existe lesión asociada, como hernia de hiato. En el vólvulo primario, la gastropexia es el tratamiento indicado. En el vólvulo resultado de otras condiciones, se debe realizar corrección del defecto primario como reparación de hernia paraesofágica, diafragmática, etcétera y la pexia gástrica. El talón de Aquiles de la reparación quirúrgica del estómago intratorácico es la dificultad del cierre del hiato o un esófago acortado, particularmente en la presencia de enfermedad asociada a reflujo o esófago de Barrett. Reconocidas estas dificultades, pueden precipitar falla en el tratamiento por vía abdominal por lo que se recomienda la vía torácica para la reducción del vólvulo, de la hernia paraesofágica y el cierre del hiato, con técnica antirreflujo, como lo que fue realizado en nuestro paciente; si es necesaria la elongación, se recomienda la técnica de Collis.

En el vólvulo resultado de otras condiciones, como eventración diafragmática (elevación anormal del diafragma intacto), siendo más común la forma unilateral, se recomienda la plicatura diafragmática y la pexia gástrica; aunque los casos asintomáticos no necesitan de tratamiento. En la laxitud ligamentaria anormal, la técnica del desplazamiento colónico es de utilidad. Si el paciente no está en condiciones para una laparotomía, el realizar una técnica de gastrotomía endoscópica puede ser de utilidad. En el vólvulo agudo sin compromiso vascular, se indica la gastropexia; en caso de necrosis gástrica, las variantes pueden ser la escisión local, la gastrectomía subtotal o una total.

143

VÓLVULO GÁSTRICO MESENTÉRICO AXIAL, MANEJADO CON GASTROPEXIA DIAFRAGMÁTICA, PRESENTACIÓN DE UN CASO EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Alan Roberto García Marín, Méndez MA, García AJ. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México SSA, México, D.F.

Introducción: *Antecedentes:* Padecimiento cuya incidencia se encuentra principalmente en población pediátrica, caracterizada por la rotación de 180° al eje normal del estómago, clasificado como mesentérico axial cuando la rotación se presenta en eje transversal y órgano axial cuando la rotación es longitudinal, el mecanismo etiopatológico principal es la laxitud de los elementos de fijación (30%), el resto a hernias paraesofágicas, defectos diafragmáticos, adherencias. Clínicamente el dx se presenta como la tríada de Borchardt: dolor epigástrico severo, vómito postprandial inmediato e incapacidad para colocar sonda Levin. El estándar de oro para el diagnóstico es la serie esófago-gastro-duodenal, el manejo quirúrgico a realizarse es la corrección del vólvulo, por la fijación del fondo gástrico con o sin la colocación del ángulo esplenocolónico sobre la cara anterior del estómago. *Objetivos:* Presentación de un caso de vólvulo gástrico mesentérico axial, manejado por gastropexia diafragmática. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 29 años, con antecedente de alcoholismo llegando a la embriaguez de forma semanal, ERGE de 2 años de evolución manejado con omeprazol, menarquia 9 años, ritmo 28 x 5, dismenorrea, IVSA 20 años PS 2 G0 P0 A0 C0 DOC 8 meses. Refiere padecimiento actual de 2 años de evolución a expensas de intolerancia a la vía oral, secundario a disfagia a sólidos de tipo progresiva a líquidos en la actualidad, además de regurgitación, sensación de cuerpo extraño, principalmente a la deglución, pirosis y dolor retroesternal de tipo urente, intenso, irradiación a miembro torácico izquierdo, además de pérdida ponderal de 30 kg desde el inicio del padecimiento. A la exploración física TA 110/70, Fc 84, Fr 18, T 36.6. Peso 49 kg, talla 155 cm, IMC 20.4 se encuentra paciente femenino de edad aparente similar a la cronológica, sin fascie característica, constitución ectomórfica, actitud libremente escogida. Cráneo sin alteraciones, órganos de los sentidos sin compromiso, cavidad oral con mucosa oral pálida levemente deshidratada, faringe hiperémica, cuello cilíndrico con hipotrofia de musculatura cervical sin adenomegalias, tórax longilíneo, con mamas de escaso volumen, sin compromiso cardiorrespiratorio, abdomen plano con leve dolor a la palpación profunda del epigastrio, resto sin dolor, timpanismo generalizado, peristalsis normoactiva, genitales sin alteraciones a la inspección, extremidades con disminución del tropismo muscular, llenado capilar 2 a 3 segundos. Se realiza protocolo de estudio con endoscopia superior encontrando alteraciones de la morfología y distensibilidad de la cámara gástrica a expensas de un vólvulo gástrico con dextrógiro con rotación del fondo sobre el cuerpo gástrico, con lago gástrico con detritus abundante; así mismo serie esófago gastroduodenal donde se aprecia desde la fase de llenado al vaciamiento defecto de llenado positivo en fondo gástrico corroborando la sobreposición al cuerpo gástrico. Labs: Eri 5.5, HB 13.6, Hto 39.2, leu 5.83, neu 65%, lmf 5.6%, plaq 286,000, glu 110, U 18, Cr 0.5, Na 135, K 3.6, alb 3.8. **Resultados:** Se decide realizar laparotomía, por incisión media supraumbilical encontrando estómago de 20 x 6 cm con sobreposición del fondo gástrico sobre cuerpo, se decide la fijación del fondo gástrico y parte de la curvatura mayor al diafragma colocando 7 puntos de polipropileno 2-0, corrigiendo el vólvulo gástrico, se mantiene en ayuno 48 horas, reiniciando la vía oral con progresión satisfactoria, se egresa paciente la cual mantiene evolución asintomática y mejoría de sus cifras ponderales. **Conclusiones:** La pieza clave sobre el manejo del vólvulo gástrico es la corrección de la rotación con fijación del fondo gástrico con la fijación del colon quedando en situación anterior al estómago; en nuestro caso sólo se manejo con fijación al diafragma, la evolución de la paciente al momento es la ganancia ponderal.

MÓDULO: HERNIAS VENTRALES / CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL

144

HERNIA UMBILICAL INCARCERADA EN CÁNCER HEPÁTICO. REPORTE DE UN CASO

Marsella De Montserrat Ramírez Barrantes, Albores ZO. Servicio de Cirugía General. HGZ 4 Celaya IMSS, Celaya, Guanajuato

Introducción: Las hernias incarceradas son una urgencia quirúrgica que requieren tratamiento a la mayor brevedad. La incarceración de las hernias umbilicales es 14 veces más frecuente en adultos que en niños, comunicándose una morbilidad alta y una mortalidad de hasta el 7%. En México el cáncer de hígado ocupa el 4º lugar de todos los cánceres del tubo digestivo, la mayor parte se diagnostica en etapa avanzada con una sobrevida menor a 6 meses, el grupo de edad más afectado es entre la quinta y sexta décadas de la vida, como factores de riesgo sexo masculino, infecciones por virus de hepatitis B, hepatitis C, aflatoxinas e ingesta crónica de alcohol. El tipo histológico más frecuente es carcinoma hepatocelular difuso. **Reporte del caso:** Reporte de caso. Femenino de 54ª de edad, no diabética ni hipertensa, sólo con anemia crónica de 2 años de evolución, sin etiología aparente tratada con fumarato ferroso 1 x 2. Llega al Servicio de Urgencias por presentar hernia umbilical incarcerada de 24 h de evolución. A la exploración física paciente obesa, palidez +, regularmente hidratada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo y a distensión abdominal, con timpanismo, hernia umbilical incarcerada con cambios de coloración, hiperémica y con aumento de temperatura local, de aprox. 12 cm muy dolorosa a la palpación, peristalsis no audible, hepatomegalia a expensas del lóbulo derecho del hígado de 8 cm, consistencia aumentada, dolorosa a la palpación. Rx de abdomen niveles hidroaéreos y sin gas en ámpula rectal. Laboratorios con anemia acentuada 6.9, Hto 20, leucocitos de 10,200, neutros 72%, TP 12", TPT 36", EGO normal, glicemia 97, creatinina 1, TGO 640, TGP 800, DHL 1,20, FA 1,240, albúmina 2.8. Reinterrogando a la paciente describe síntomas dispépticos de 2 años de evolución, así como adinamia, astenia y disminución de peso, que pensaba era sintomatología propia de su hernia. Se decide tomar alfafetoproteína que se reporta 1,253 ng/ml y TAC abdominal con foco en hígado reportando imagen heterogénea hepática, dependiente del lóbulo derecho del hígado de 8 x 8 cm, de bordes irregulares e hiperdensa al material de contraste. Se lleva a quirófano con hallazgos de hernia umbilical incarcerada y ca hepático, como hallazgos: contenido epiplón viable, y gran tumoración hepática acompañándose de carcinomatosis generalizada, se toman biopsia y se cierra pared realizando plastia sin malla. La paciente desde el punto de vista qx evoluciona satisfactoriamente, la herida limpia sin secreciones, tolera alimento a las 48 h. Reporte histopatológico de las biopsias: metástasis de carcinoma hepatocelular tipo difuso. **Conclusiones:** Las hernias deben tratarse de forma precoz, antes de que se compliquen: incarceren y/o estrangulen. Sin embargo, hay veces que su sintomatología puede estar enmascarando un padecimiento más grave y delicado, como en este caso, el cáncer hepático en estadio avanzado, ya fuera de tratamiento oncológico.

145

NEUMOPERITONEO PROGRESIVO PREOPERATORIO PARA TRATAMIENTO DE HERNIAS DE PARED: REPORTE DE UN CASO

Ernesto Molina Frías, Castillo GJA, Aguilar MI, Godina ARJ, Cerecedo GE, Delgado CCA, Esparza RG, Bernal AR. Servicio de Cirugía General. HGZ No. 6 IMSS, Monterrey, Nuevo León

Introducción: Las hernias abdominales se producen cuando una porción de un órgano interno forma una protuberancia a través de un segmento debilitado de la pared muscular del abdomen. Esto se debe a que la pared abdominal es una estructura músculo-aponeurótica, dinámica con respuestas rápidas y lentas a los cambios de la presión intraabdominal, a su vez, la pared ejerce una presión de bajo grado sobre el contenido de las vísceras y si existe un defecto, las vísceras protruyen formando sacos de peritoneo y piel. El 7 de oct 1940 Iván Goñi describe por primera vez el uso de neumoperitoneo, mediante la inyección intraperitoneal de cantidades creciente de aire, para la recuperación de la cavidad abdominal y reducir el contenido herniario. **Reporte del caso:** Femenino de 77 años con antecedente de DM2 de larga evolución en tratamiento con HO, HAS en tratamiento con captopril, ICC grado I, EVC isquémico sin secuelas. Refiere iniciar su padecimiento hace 25 años con aumento de volumen de forma progresiva en región umbilical hasta presentar gran tumoración, que presentaba dolor localizado a la deambulación. EF: Presenta saco herniario de 54 x 52 cm con un diámetro de 75 cm, no datos de estrangulamiento. Técnica de punción: Se realiza punción con aguja de Touhy en hipocostrio izquierdo a 2 cm debajo de costillas a nivel medioclavicular, se verifica en cavidad con el paso libre de aire libre y solución fisiológica, posterior se introduce catéter epidural a través de la aguja y posterior se retira aguja y se fija catéter a piel con nylon 3 0, se coloca posterior en catéter llave de 3 vías en la cual se conecta esfigmomanómetro para medir presión intraabdominal que no sobrepase 15 mmHg, posterior se insufla un promedio de 500 a 1,500 ml de aire tomando en cuenta presión intraabdominal y sintomatología de la paciente, se realiza por 20 días esta técnica, se somete a cirugía con hallazgos de saco herniario de 15 x 10 cm con contenido de ciego, colon ascendente, íleon terminal y sigmoides, se realiza plastia con cierre primario con puntos de Smead Jones, y posterior se coloca dre-

novac. **Conclusiones:** El objetivo del neumoperitoneo en hernias de pared gigante, es expandir los tejidos blandos sin aumentar la presión intraabdominal, con lo que se obtiene un aumento del área del tejido musculoaoneurótico, que permite realizar una plástia de pared sin tensión.

146

HERNIA VENTRAL GIGANTE INCISIONAL CON REPARACIÓN PREVIA Y PÉRDIDA DEL DERECHO A DOMICILIO

Israel Becerril Gómez, Naime TSA, Becerril MAVM, Garduño GJE, López EAI, Mondragón SA. Servicio de Cirugía General. Hospital Clínica PERIMEDI, Toluca, Estado de México

Introducción: La reparación de las hernias ventrales gigantes con «pérdida del derecho a domicilio» aún es un gran reto para el cirujano. A menudo la obesidad predispone a que una hernia común evolucione a este tipo de hernias, cuya reparación «convencional» con cierre primario forzado está condenada al fracaso, con un alto índice de recidiva en el mejor de los casos, ya que la mortalidad puede llegar al 50%. **Objetivo:** Mostrar un caso del manejo de hernia ventral gigante incisional con «pérdida del derecho a domicilio» con colocación de una malla de polipropileno preperitoneal y otra supraaoneurótica. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 53 años de edad, con hipertensión arterial sistémica de dos años de evolución y obesidad mórbida, multigesta. Antecedente de plástia umbilical con técnica «convencional» hace seis años. Actualmente presenta defecto herniario de aproximadamente 12 centímetros de diámetro, sin alteración del tránsito intestinal ni compromiso cardiorrespiratorio. Previa valoración preoperatoria, la paciente fue sometida a plástia abdominal con colocación de malla, siendo los hallazgos los siguientes: abdomen péndulo con laceración de piel, saco herniario gigante con múltiples conejeras y contenido de epiplón y asas de intestino delgado. Se realiza lipectomía que incluye cicatriz umbilical; disección y apertura del saco herniario, resección de porción redundante del saco herniario y reposición de su contenido a la cavidad abdominal. Liberación del anillo herniario, omentectomía parcial y cierre transversal del peritoneo. Plástia de pared y colocación de malla en dos planos, una preperitoneal, y otra por encima de la aponeurosis. Colocación de drenaje cerrado y sutura de la herida. Evolución postoperatoria satisfactoria y sin complicaciones. La paciente continúa con una evolución adecuada hasta el día de hoy, sin evidencia de rechazo al material protésico y con buen proceso de cicatrización. **Conclusiones:** Este trabajo confirma que en la actualidad la introducción de materiales protésicos en el manejo de los defectos herniarios abdominales gigantes tiene una resolución exitosa mejorando la calidad de vida del paciente.

147

TRATAMIENTO SIMULTÁNEO DE PLASTÍA DE PARED CON MALLA TIPO PROCEED Y CIERRE INTESTINAL

Ricardo Blas Azotla, Cruz RH, Blas MM, Castelán HE, Blas MR. Servicio de Cirugía General. Hospital Ángeles Mocel IMSS, México, D.F.

Introducción: La reparación de la pared por un defecto herniario es uno de los procedimientos más comunes dentro de la cirugía general. Actualmente, más del 90% de las hernias incisionales son tratadas con material protésico, pues al crear una reparación libre de tensión con una malla, la recurrencia baja hasta el 0-5%, ya que el material sintético que se utiliza gradualmente es reemplazado por fibroplasia del huésped, lo que resulta en una estructura aponeurótica estable. El contacto de la superficie intestinal muchas veces con el material protésico provoca laceración de la serosa intestinal, que puede resultar en fistula. Es importante el adecuado uso del material protésico en este tipo de reparaciones. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 68 años de edad que tiene como antecedente cirugía de colon hace 2 años, sec. a cáncer de colon, que requirió colostomía y cierre de la misma cuatro meses después, presenta defecto herniario postincisional de 15 x 15 cm aprox., que condiciona dolor, el cual se ha ido incrementando hasta la fecha de su ingreso. Se programó para cirugía encontrando en el transoperatorio múltiples adherencias intestinales, así como hernia interna de intestino delgado y un defecto de pared importante de 15 x 20 cm aprox., con pérdida de tejido aponeurótico. Se realizó resección de 25 cm aproximadamente de intestino delgado con entero entero anastomosis, así como adherenciólisis. Se procedió a corregir defecto de pared colocando malla tipo PROCEED. La paciente evolucionó bien sin complicaciones. A la fecha continúa en control, no reportándose alteraciones, con adecuada estabilidad de la pared abdominal. **Conclusiones:** La reparación simultánea de ambas patologías (desfuncionalización intestinal y hernia de pared) en este paciente fue posible y segura; en casos seleccionados y con apego fiel a una rutina quirúrgica establecida, parece ser una buena opción. El uso de material protésico adecuado en contacto con el intestino no produce lesión del mismo.

148

MALLA DE DUAL MESH INFECTADA Y VAC

Saúl Humberto Méndez Luna, Villarreal TG, Menchaca RLG. Servicio de Cirugía General. Hospital ISSSTE, Sta. Catarina, Nuevo León

Introducción: Las hernias ventrales representan un problema de salud, en todo paciente con antecedentes de laparostomía en quienes se acepta que un 2 a un 12% pueden presentar hernia postincisional, el problema se agrava cuando la laparostomía fue por síndrome compartamental abdominal, o por sepsis abdominal, es bien sabido que la piedra angular del manejo actual de las hernias de pared es el uso de malla, ya que el cierre sin tensión reduce el número de recidivas hasta en un 11 a un 21%. Sin embargo, la infección de la malla protésica es una complicación infrecuente de un 1 a un 2%, pero es una afección importante en la reparación de las hernias abdominales. Es bien sabido que el manejo de la malla infectada, puede ser tratada con el retiro de la misma, o en su defecto con el manejo mediante exposición, lavados repetidos y cierre diferido cuando la infección ha sido superada. Otra alternativa es el uso del sistema de cierre asistido o sistema VAC. **Reporte del caso:** Se trata de una paciente femenina de 58 años, la cual inicialmente fue sometida a laparotomía para extracción de tumor ovárico, la cual fue reintervenida, a laparotomía por presentar fuga de material intestinal por la herida, encontrando perforación de intestino delgado, en el cual se efectuó resección y anastomosis, con persistencia en el postqx de fuga intestinal y con datos de sepsis abdominal se reintervino tres días después, encontrando otra perforación efectuando cierre primario y aplicación de bolsa de Bogotá, con buena evolución postqx, posteriormente se cierra piel, presentando defecto herniario, por lo que se efectúa plástia abdominal seis meses después con colocación de malla dual Mesh de 10 x 20 cm, presentado un seroma a los diez días, el cual se drena y se da manejo médico, posteriormente presenta infección de la herida la cual se maneja con exposición de la malla por dos días, con buena evolución y se aplica posteriormente sistema VAC efectuando recambio cada tercer día, por espacio de tres semanas, posteriormente se programa para cierre de herida pero se ve que el defecto de la fascia disminuyó en un 80%, por lo que se decide efectuar cierre aponeurótico, se dio seguimiento por espacio de seis meses, sin presentar recidiva, ni datos de infección. **Conclusiones:** En este caso se observó que con el sistema VAC, no sólo se controló la infección sino que también nos disminuyó el diámetro del defecto herniario, dándonos la oportunidad de retirar el material protésico y efectuar cierre aponeurótico.

149

PÉRDIDA TOTAL DE LA PARED ABDOMINAL EN UNA PACIENTE CON CÁNCER DE MAMA FAMILIAR Y RECHAZO CRÓNICO DE MALLA

Ulises Garza Serna, Franklin M, Portillo G, Lezama LF. Servicio de Cirugía General. Hospital San José TEC de Monterrey, Monterrey Nuevo León

Introducción: La evolución de la reparación de hernias ventral inicio en 1958 cuando Francis Usher, publicó su primer artículo sobre la reparación de una hernia ventral libre de tensión utilizando una malla de polipropileno. La reparación de las hernias ventrales todavía supone un difícil problema para el cirujano general por su alto índice de recidivas y de complicaciones postoperatorias. Las reparaciones con prótesis han disminuido la tasa de recidivas. La adherencia de las mallas hacia las vísceras constituye un problema en hernias ventrales grandes. Así como también se han documentado complicaciones relacionadas con dolor crónico y sensación de abdomen «duro» con materiales protésicos como polipropileno. Se encuentran reportados además hasta un 54% de reducción en modelos experimentales. De esta manera han surgido materiales protésicos de segunda generación con propiedades antiadherentes. La reparación de hernias ventrales con malla bilaminar de poliéster-colágeno-polietileno, ha demostrado buenos resultados en estudios a largo plazo. A continuación presentamos un caso de retiro de malla de polipropileno de alto peso molecular y reemplazo con malla de bajo peso molecular de poliéster. **Reporte del caso:** Paciente de sexo femenino de 53 años de edad con antecedentes familiares de cáncer de mama, antecedentes quirúrgicos de mastectomía bilateral en noviembre del año 2001; así mismo con reconstrucción bilateral en agosto del año 2002 con colgajos TRAM, la cual se realizó sin complicaciones, en el mismo tiempo quirúrgico se colocó una malla de 20 x 16 cm de polipropileno (Prolene) la cual se fija a la pared abdominal con sutura 00 de polipropileno de forma continua, en la línea media se realizó una incisión a través de la malla para extraer el ombligo y se aproximaron ambos lados de la malla, sobre sí misma, al nivel de la línea media para obtener un cierre de pared abdominal moderadamente ajustado. La paciente acude a consultar por presentar dolor sobre la pared abdominal de larga evolución posterior a la reconstrucción con los colgajos TRAM y de la pared abdominal, refiriendo además sensación de cuerpo extraño, así como malestar sobre ciertos puntos específicos de la pared abdominal, los cuales describía como intolerantes. Se programa para recambio de malla, la cual se realiza en mayo del año 2008, se inicia el procedimiento quirúrgico realizando una evaluación intraabdominal por laparoscopia observando

suturas de prolene y la malla previamente colocada, se decide abordar a la paciente por vía abierta, realizando la incisión abdominal por el mismo sitio de abordaje de la cirugía de reconstrucción anterior, se diseña la pared abdominal en sentido craneal hasta el apéndice xifoides y se inicia la disección de la malla de polipropileno con múltiples suturas que la fijaban, posteriormente se logra extraer en su totalidad conservando la fascia posterior y el peritoneo por debajo de ella, se procede posteriormente a colocar una nueva malla de poliéster (Parietex) de 20 x 16 cm, la cual se fija con puntos simples en su periferia con sutura de goretex y PDS, se colocan dos drenajes de 10 french tipo Jackson Pratt los cuales se fijan a la piel con nylon 000, se fija el ombligo con vycril, así como la aproximación del tejido celular subcutáneo; y la piel se aproxima con grapas. **Conclusiones:** La utilización para la reparación de las hernias ventrales con mallas de alto peso molecular presenta complicaciones potencialmente significativas. La literatura en contra de la utilización de este tipo de mallas aumentará en los próximos años. Es por eso que recomendamos la utilización de mallas de bajo peso molecular pues está descrito que producen una disminución en la inflamación postoperatoria, en su tamaño, y así mismo son lo suficientemente resistentes.

150

OPCIÓN PARA EL MANEJO DE ABDOMEN ABIERTO

Mario Morales Rodríguez, Gil GG, Pulido JR. Servicio de Cirugía General. Hospital Metropolitano, Monterrey, Nuevo León

Introducción: El manejo de abdomen abierto es cada vez más común a fin de evitar las complicaciones de hipertensión abdominal en el paciente con sepsis o cualquier otro motivo, dando lugar a que se formen grandes defectos de la pared que se convierten en un dolor de cabeza para el cirujano para el cierre de la misma. **Reporte del caso:** Comunicamos un paciente masculino de 29 años de edad con antecedente de etilismo, tabaquismo y toxicomanías, quien participa en accidente automovilístico al viajar en motocicleta y chocar contra una camioneta sufriendo traumatismo en epigastrio, acudiendo 7 horas después al Dpto. de Urgencias donde se registra con los signos vitales TA 110/70, FC 80', FR 24 x', Eco FAST reporta líquido libre en cavidad y laceración del lóbulo derecho del hígado. Se somete a laparotomía exploradora encontrando una lesión casi completa de la segunda porción de duodeno. Se realiza una resección del duodeno afectado con reconstrucción Billroth II, sangrado aprox. de 2,000 cc. En el postoperatorio se identifica amilaxa en el líquido de los drenajes y a la semana se somete a nueva laparotomía por dehiscencia del muñón duodenal proximal y eventración practicándose antrectomía, gastrostomía y yeyunostomía. En la pared abdominal se coloca una bolsa de Bogotá y encima de ella en el plano retromuscular en cada lado de la línea media una malla de polipropileno convencional fijada a la aponeurosis con prolene 0 con un traslape de 8 cm y unidas estas 2 hojas en la línea media con cintillas de plástico (cinchos). Se maneja a base de curaciones, cambios de la bolsa y aproximación de los bordes mediante la reposición de las cintillas de acuerdo a la evolución hasta que 21 días después del procedimiento inicial se retiraron los cinchos, se extrae la bolsa y se recorta la malla expuesta dejando la porción traslapada y ya integrada para efectuar un cierre primario de la aponeurosis dejándose la piel a cierre por segunda intención. A 3 meses de evolución el paciente se encuentra en buenas condiciones y sin evidencia de hernia. **Conclusiones:** La colocación de la bolsa de Bogotá y las 2 hojas de malla encima de ella permite la ventaja y beneficios de la bolsa de Bogotá y a la vez estar abriendo el abdomen para nuevas desbridaciones, lavados, segunda vista, cambios de bolsa, etc. sin afectar la calidad del tejido aponeurótico, y después con el mejoramiento del paciente se pueden ir aproximando los bordes paulatinamente sin llevar al paciente a una hipertensión abdominal, en el momento oportuno se puede cerrar la aponeurosis la cual va a estar reforzada por el segmento de malla que quedó traslapado.

151

HERNIA VENTRAL CON «PÉRDIDA DEL DERECHO A DOMICILIO», INFORME DE UN CASO

Pablo González García. Servicio de Cirugía. Hospital Regional Poza Rica PEMEX, Poza Rica, Veracruz

Introducción: Se define como hernia con «Pérdida del derecho a domicilio» (HPDD) a los defectos ventrales e inguinales de muchos años de evolución con sacos gigantes que contienen vísceras, las cuales no pueden reducirse porque la cavidad abdominal ya no tiene la capacidad de alojarlas. **Reporte del caso:** Femenino de 75 años de edad. Niega enfermedades cronicodegenerativas. Antecedentes quirúrgicos, hemorroidectomía; posteriormente cursa con fístula perianal, se realiza fistulectomía complicándose con fibrosis anal. Finalmente colostomía de descendente definitiva. Evolución con hernia paraestomal gigante de 10 años. E.F. colostomía en FII disfuncional, saco de 40 cm de diámetro, a tensión y peristalsis de lucha. Se ofrece manejo médico el cual no es efectivo. Se decide realizar LAPE con colectomía de descendente y transversa; colostomía en FID más

plastía de pared con malla composix sin tensión. Actualmente cursa con un año de postquirúrgico sin evidencia de recidiva. **Conclusiones:** La pared abdominal presenta respuestas rápidas y lentas a los cambios de presión intraabdominal, por lo tanto una presión de 10 mmHg reduce el flujo sanguíneo a 58% y presiones de 20 a 25 mmHg compromete en forma grave la circulación esplácnica y renal. Por lo anterior representa un reto para el cirujano, ya que el cierre primario forzado está condenado al fracaso con alto índice de recidiva y una mortalidad del 50%.

152

HERNIA HIPOGÁSTRICA PRIMARIA. PRIMER CASO REPORTADO

Mario Guzmán Gutiérrez. CECIS Hospital Ángeles Metropolitano ISSSTE, México, D.F.

Introducción: En la pared abdominal son bien conocidas las hernias de la línea media supraumbilical (epigástricas), umbilicales, inguinales y de Spiegel. Cotidianamente se reparan eventraciones postoperatorias infraumbilicales. No obstante, para nuestro conocimiento, al parecer no se han reportado hernias primarias de la línea media infraumbilical. Tuvimos una paciente con esta patología, que motivó el presente informe. **Reporte del caso:** Mujer de la 6a década de la vida. Sin cirugías previas ni otros antecedentes relevantes, quien nota súbitamente aumento de volumen en la línea media abdominal anterior, referida a mitad de distancia de ombligo y pubis que aumenta de volumen y presenta dolor focal. Se presenta en consulta donde al examen físico en bipedestación se encuentra un tumor hipogástrico reductible, con defecto aponeurótico de unos 3 cm de diámetro en la aponeurosis y se hace diagnóstico de hernia hipogástrica. No se recurrió a auxiliares de diagnóstico. Se somete a cirugía bajo bloqueo peridural realizando una incisión en hipogastrio de 5 cm, en plano subcutáneo se encuentra un voluminoso saco peritoneal con contenido de epilón siendo necesario abrir el saco para reducir el contenido que emergía por un orificio en la aponeurosis de los rectos de 3 cm. Se cierra el saco peritoneal y se repara el defecto colocando malla de polipropileno en situación preperitoneal, retroaponeurótica que se fijó con surgete a la aponeurosis dejando unos 3 cm por dentro de los bordes aponeuróticos. La paciente tuvo egreso vespertino con estancia postoperatoria de menos de 8 horas y óptima evolución a 1 año de seguimiento. **Conclusiones:** Para nuestro conocimiento es el primer caso de hernia primaria de la línea media infraumbilical conocida en la historia de la cirugía general. La sospecha clínica se robustece si se encuentra una masa reductible en hipogastrio, línea media, de desarrollo súbito. Para precisar diagnóstico se puede hacer uso del USG de pared abdominal o inclusive tomografía. El manejo quirúrgico propuesto es, en condiciones electivas, cierre con colocación de prótesis en posición preperitoneal. El manejo puede ser ambulatorio.

153

TUMORES DE LA PARED ABDOMINAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

Alberto Mitsuo León Takahashi, Bahena AJ, Hernández LA, López-Toledo GA, Pierdant R. Servicio de Cirugía General. Hospital General SSA, D.F.

Introducción: Las hernias incisionales tienen una incidencia del 2 a 20% en pacientes postoperados. Las técnicas de malla constituyen los métodos de elección para la reparación de las hernias incisionales dado que éstas son una consecuencia de la formación de tejido cicatrizal inestable. Las mallas de biomateriales han reducido de forma importante la recurrencia pero la tasa de infección aún es alta favoreciendo aún más la reacción inflamatoria a cuerpo extraño generando más complicaciones. Las complicaciones tempranas son celulitis, seroma, hematoma, infección, ileo postquirúrgico, neumonía y las complicaciones a largo plazo son recurrencia, infección crónica, obstrucción intestinal y fístula enterocutánea. La fibromatosis es un conjunto de tumores benignos de los tejidos blandos que se originan del tejido musculoponeurótico, presentan una proliferación bien diferenciada de fibroblastos, con invasión local y pueden ser agresivos con una alta recurrencia. Hay poca información sobre la presencia de fibromatosis en el tejido de reacción a cuerpo extraño que forman las mallas de biomateriales. **Reporte del caso:** Hombre de 36 años, originario de Jalisco y residente de Guerrero, católico, dedicado a fabricar artesanías. Presentó en el 2003 divertículo de Meckel complicado tratado en Guerrero donde realizaron hemicolecotomía derecha e ileotransverso anastomosis, fue reintervenido tres días después ante la sospecha de dehiscencia de anastomosis la cual no se visualizó, sepsis abdominal y colecciones intraabdominales realizando lavado de cavidad, se envió 10 días después a nuestro hospital con diagnóstico de dehiscencia de anastomosis vs fístula enterocutánea, desnutrición severa y síndrome anémico grave. Se realiza nueva laparotomía con evidencia de abdomen congelado, materia fecal libre, dehiscencia de anastomosis realizando ileostomía con fístula mucosa y colocación de bolsa de Bogotá. Se realizó toracotomía derecha por empiema loculado con drenaje y decorticación. Desarrolló hernia incisional de pared por cierre de segunda intención. En el 2005 se restituyó el tránsito intestinal sin plastía de pared por colección intraabdominal con drenaje de granuloma en pared comunicado a cavidad peritoneal. En el 2006 se colocó malla de politetrafluoretileno expandido

para plastía de pared y 90 días después presentó infección de tejidos blandos con absceso secundario a rechazo de malla requiriendo retiro de malla parcial con lavado y desbridación; desarrolló fístula enterocutánea de bajo gasto requiriendo NPT y alimentación elemental. Patología reportó malla protésica de 23 x 9 x 0.3 cm con tejido fibroconectivo y adiposo, inflamación aguda abscedada con áreas necrosadas, hemorragia antigua e inflamación crónica con zonas xantomatosas y en junio se retiro la malla residual. En el 2007 acude para valorar neoformación en pared abdominal superior derecha de 6 x 4 cm, no dolorosa, crecimiento progresivo, sin cambios de coloración. En octubre se realiza biopsia incisional con hallazgos de tejido pétreo en hipocondrio derecho de 10 x 10 cm adherido a planos profundos con reporte histopatológico de tejido con superficie gris blanquecina de 9 x 6.3 x 2.5 cm con diagnóstico de fibromatosis de pared abdominal. **Conclusiones:** En la literatura se han reportado pocos casos de desarrollo de fibromatosis en el tejido que forma la reacción a cuerpo extraño de los biomateriales protésicos usados para hernias incisionales, el caso publicado es raro y también se menciona que la presencia de infección severa en la malla es un criterio para retirarla y la infección es un factor más que aumenta la respuesta inflamatoria con alto riesgo para formar fibromas. Se requieren más estudios a largo plazo para determinar complicaciones propias de los biomateriales protésicos usados para tratamiento de hernias incisionales.

154

PLASTÍA ABDOMINAL AMBULATORIA CON TÉCNICA PREPERITONEAL SIMPLIFICADA

Miguel Magdaleno García, Orozco OJ, Leuchter IJJ, Meléndez DMD. Servicio de Cirugía General. Unidad Médica de Atención Ambulatoria 55 IMSS Hospital Ángeles León, León, Guanajuato

Introducción: Dentro del campo de las hernias de la pared abdominal se refieren varias técnicas desde las de contención como son cierre simple, técnica Mayo, plicatura de rectos. Con las mallas se refiere técnicas de tejido animal, malla polipropileno y mixtas como son mallas ligeras Vypro, Proceed, entre otras. Los procedimientos de plastía de pared epigástrica, umbilical e incisional se refiere con alto riesgo de complicaciones serosa, hematoma, infección de pared, necrosis lo cual define con el aumento de la disección del tejido, se refiere así como el uso de drenajes. Se han manejado técnicas de Rives, Stoppa y Amid, últimamente se ha manejado también la técnica laparoscópica, la cual aumenta los costos, amerita anestesia general, uso CO₂, entre otros gastos. **Objetivo:** Identificar los riesgos y complicaciones del uso de plastía de pared abdominal preperitoneal como una técnica habitual de las hernias de pared. **Material y métodos:** Pacientes referidos de las distintas Unidades Médicas de la ciudad de León Guanajuato a la Unidad Médica de Atención Ambulatoria No. 55 de la misma ciudad, para cirugía ambulatoria, desde el 1o de marzo de 2007 al 28 de febrero de 2008. Realizando un estudio prospectivo, descriptivo, observacional. De plastía de pared abdominal en 33 plastías y 30 pacientes, realizando la técnica Stoppa modificada con malla polipropileno, realizando una modificación clasificación interna de la unidad para el manejo del saco herniario, bajo incisión transversa y longitudinal, con un protocolo de manejo de pacientes establecido y uniforme dando seguimiento hasta el momento de los pacientes. **Resultados:** Se realizaron en el periodo desde el 1º de marzo de 2007 al 28 de febrero de 2008. Realizadas por un solo cirujano, 33 plastías en 30 pacientes, de los cuales fueron 13 hombres y 17 mujeres; plastías: 20 umbilicales de 47, 4 de 7 epigástricas y 9 de 16 incisionales. Primarias 21, 1 Spiegel, 9 incisionales y recidivantes 2 (una umbilical y una epigástrica). Tiempo de evolución promedio de 54.78 meses (1-360 meses). Tiempo quirúrgico promedio de 35.15 min (15-75) y tiempo anestésico de 52.52 min (20-100). Todas electivas, se realiza bajo BPD 29, general endovenoso 1 y 3 con local con sedación. Reducibles 22 y 11 no reducibles. Con un anillo herniado promedio de 5.18 cm (2-15) diabéticos 3 y 2 con hipertensión. Pacientes con drenaje cerrado 13 con duración de 2.69 días (2-7). Antibiótico 26 pacientes con cefotaxima. Complicaciones postquirúrgicas: No infecciones, un paciente con celulitis superficial el cual cedió con manejo antiinflamatorio, un paciente con fibrosis superficial cedió AINE'S, uno con reacción material de sutura a los 21 días extracción de la misma de tejido celular sin complicaciones. Ninguno con dolor crónico, no hematoma, no seroma. Pacientes ambulatorios 30 (100%). Seguimiento promedio de 8.25 meses (de 3.5 a 13.75 meses). No recidivas. Tiempo de recuperación egreso domicilio de 193.18 (110-421) minutos. **Conclusiones:** El estudio demuestra que la técnica se refiere con un menor tiempo quirúrgico así como disminución e índice de complicaciones quirúrgicas y se considera continuar con seguimiento para valorar el índice de recurrencia que sabemos que en este tipo de pacientes es lo más importante al realizar una técnica nueva o modificación.

155

HERNIA SUBCOSTAL DERECHA RECIDIVANTE: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CON SUTURA Y PRÓTESIS A DOS NIVELES

Jorge Luis López Rodríguez, Gaitán MCM, Franco LF, Arroyo AAD. Servicio de Cirugía General. Centenario Hospital Miguel Hidalgo SSA, Aguascalientes, Aguascalientes

Introducción: La hernia ventral postincisional subcostal derecha casi siempre es secundaria a intervención quirúrgica biliar. El defecto de la pared abdominal anormalmente adelgazada permite la protrusión de las vísceras y el orificio herniario abarca desde el reborde costal en el límite superior y el tejido cicatricial involucra a los músculos fibrosados de la pared anterolateral del abdomen. Los cambios histopatológicos de los músculos oblicuos incluyen atrofia por desuso y cambios en la composición y el tipo de fibras musculares. El tratamiento quirúrgico pretende no sólo la obliteración del orificio herniario, sino también recuperar la funcionalidad muscular devolviéndole su punto de apoyo anterior para conseguir la solidez de la pared y el restablecimiento de la presión intraabdominal normal. La recurrencia posterior a la reparación primaria es tan alta como el 20 al 46%. Sin embargo, el uso de materiales protésicos ha contribuido a la disminución significativa de la recurrencia. Aún así, la recurrencia con malla es del 11%. Para el tratamiento quirúrgico de las hernias complejas, sobre todo las recidivantes, es necesario considerar que la tensión excesiva es el mecanismo potencial de la alta tasa de recurrencia. De tal forma se ha propuesto la combinación de la técnica Rives-Stoppa y la operación de Chevrel. El objetivo es presentar el caso de una paciente portadora de hernia ventral subcostal recidivante manejada quirúrgicamente con técnica de Rives-Stoppa combinada con la operación de Chevrel. **Reporte del caso:** Femenino de 59 años de edad, portadora de síndrome metabólico (Diabetes mellitus, hipertensión e hiperlipidemia de larga evolución). Nueve años antes operada para reparar una hernia ventral postincisional subcostal derecha, misma que recidivó y 7 años antes sometida a una segunda reparación con aplicación de material protésico. Nueva recidiva detectada 3 años antes. Durante la evaluación preoperatoria se apreció en la TAC abdominal adelgazamiento y atrofia importante de los planos musculares y el saco herniario gigante que contenía asas de delgado y colon ascendente. Durante la cirugía abierta se encontró un defecto músculo-aponeurótico de 5 x 8 cm en la región del hipocondrio derecho a nivel de la línea axilar anterior que contenía asas de delgado, colon, epiplón y cuerpo extraño (malla previa) firmemente adherido al domo del saco. Para la reparación se cerró el saco herniario en forma separada, fue aplicada una malla de polipropileno que rebasaba por lo menos 5 cm el borde muscular en el plano subfascial preperitoneal y otra entre el plano de los oblicuos. Una nueva TAC abdominal 6 meses más tarde no mostró recidiva herniaria. Actualmente después de casi 30 meses de vigilancia, la paciente se encuentra asintomática. **Conclusiones:** La reparación de las hernias complejas de la pared abdominal, en particular las recidivantes, constituyen un reto para el cirujano de hernias. Los objetivos de la reparación deben conseguirse mediante la disección anatómica cuidadosa y detallada, y el reforzamiento de los planos musculares con material protésico en uno o dos planos constituye una muy buena opción quirúrgica.

156

HERNIAS VENTRALES GIGANTES. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL TIJUANA

Gustavo Salazar Otaola, Lee RS, Paipilla MO, Camacho AJ, Zavalza GJ, Hidalgo CJ, López LF. Servicio de Cirugía General. Hospital General Tijuana SSA, Tijuana, Baja California

Introducción: Las hernias ventrales representan un problema de salud, sobre todo en pacientes con antecedente de laparotomía, en quienes se acepta que hasta un 2 a 12% puedan presentar hernias. Las grandes hernias de la pared abdominal constituyen una situación quirúrgica no frecuente en nuestro medio. Los defectos gigantes de la pared o sea mayores a 10 cm, tradicionalmente han sido corregidos mediante el uso de materiales protésicos, sin embargo esta técnica no está exenta de complicaciones, por lo que es necesario el uso de técnicas quirúrgicas más complejas como las incisiones relajantes de aponeurosis, rotación de colgajos entre otras. El pronóstico se ve comprometido cuando estos pacientes se han sometido a relaparotomías, abdomen abierto o cirugía de control de daños, como es el caso de este trabajo. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia en nuestro hospital en la reparación de hernias ventrales gigantes con antecedente de laparotomía, abdomen abierto o relaparotomía. Mostrar las diferentes técnicas utilizadas y la evolución de estos pacientes así como su pronóstico. **Material y métodos:** Se incluyen a todos los pacientes en un periodo del 1 de mayo de 2007 al 1 de mayo de 2008, los cuales fueron sometidos a laparotomías exploradoras por cirugía de trauma, cirugía de control de daños, relaparotomías y/o abdomen abierto que son candidatos para abdominoplastia ulterior. **Resultados:** Se presentan tres casos de pacientes incluidos según lo arriba descrito. Tres casos clínicos con descripción de antecedentes, técnica quirúrgica utilizada y pronóstico así como imágenes previas y posteriores a su evento quirúrgico. **Conclusiones:** Es claro que la tasa de este tipo de pacientes va a la alza en nuestro medio. No se cuenta con UNH protocolo de manejo en este tipo de pacientes, debido a la complejidad de su presentación así como su manejo. Se han realizado diferentes técnicas de reparación todas ellas con éxito clínico y buen pronóstico, sin embargo no se cuenta con una técnica definida para este tipo de pacientes en nuestro servicio.

HERNIA VENTRAL GIGANTE CON FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA. REPORTE DE UN CASO

Gustavo Salazar Otaola, Lee RS, Paipilla MO, Camacho AJ, Zavalza GJ, Hidalgo CJ, López LF. Servicio de Cirugía General. Hospital General Tijuana SSA, Tijuana, Baja California

Introducción: Las hernias ventrales representan un problema de salud, sobre todo en quienes cuenten con antecedente de laparotomía por trauma abdominal, cirugía de control de daños, relaparotomía y/o abdomen abierto. El conocimiento cada vez más profundo de los fenómenos fisiopatológicos subyacentes en los pacientes politraumatizados, la aceptación general de la cirugía de control de daños, el manejo más frecuente de pacientes relaparotomizados en laparotomía y lavados programados por mencionar algunos. Muchos de estos pacientes complicados por estomas, fístulas o sepsis abdominal. Los defectos gigantes de la pared abdominal tradicionalmente se han reparado con material protésico como PTFE, prolene entre otros, sin embargo, estas técnicas no están a salvo de complicaciones. El utilizar otro tipo de técnicas asociadas al uso de material protésico es un arma importante para el cirujano que se enfrenta a este tipo de retos quirúrgicos. Los resultados en grandes series con uso de diferentes técnicas varían demasiado, se reportan rotación de colgajos, incisiones relajantes y técnicas de separación de elementos entre otras. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 39 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia: uso de cocaína, tabaquismo, fractura tibioperonea manejada con fijación interna. Laparotomía exploradora por trauma penetrante de abdomen secundario a herida por proyectil de arma de fuego, se ignoran los hallazgos. Traqueostomía en el mismo internamiento. Acude a consulta externa de cirugía general para manejo quirúrgico de una hernia ventral complicada con fístula enterocutánea de bajo gasto. A su ingreso el paciente se refiere asintomático, a la exploración física sin alteraciones cardiopulmonares, en abdomen con defecto gigante desde el apéndice xifoides a borde superior del pubis con eventración del contenido abdominal cubierto con injerto cutáneo, así como área cruenta en hipogastrio con salida de material intestinal espontáneo. Resto de exploración sin relevancia para su padecimiento actual. Se interna para su manejo quirúrgico. Se realiza laparotomía exploradora de primera instancia, se retira injerto cutáneo, encontrando adherencias firmes asa-asa, asa-pared, así como fístula de intestino delgado a 80 cm de la válvula ileocecal, realizando resección y entero-entero anastomosis en dos planos. Se retira injerto y se disecciona pared abdominal por debajo del tejido celular subcutáneo, colocando protector plástico estéril sobre el contenido abdominal, colocando malla de prolene para cierre secuencial. Se realiza una segunda laparotomía a los 5 días, retirando protector plástico sin encontrar alteraciones intraabdominales, se realiza rotación de colgajos en aponeurosis de los oblicuos hacia la línea media cubriendo en su totalidad el defecto herniario y se coloca malla de prolene de 30 x 30 cm y cierre del resto de la pared abdominal. El paciente con buena evolución postquirúrgica egresándolo por mejoría con control por la consulta externa. **Conclusiones:** No se cuenta con uso estandarizado de técnicas quirúrgicas para abdominoplastias en este tipo de pacientes en nuestro servicio, sin embargo, se utilizan una variedad de éstas con adecuada evolución de los pacientes. El paciente de este caso clínico representó un reto quirúrgico debido a la complejidad del defecto herniario así como la fístula agregada.

HERNIA DE GRYNFELT-LESSHAFT, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Santiago Alejandro López Aguilera, Perales LJ, Miranda DM, Reyes MI, Alcalá PJ, Felipe RG, Velázquez CC. Servicio de Cirugía. Hospital Norberto Treviño Zapata SSA, Ciudad Victoria, Tamaulipas

Introducción: Las hernias lumbares son una patología rara y con pocos reportes en la literatura, en 336 años hay un poco más de 300 casos reportados. Recordemos son aquellas que se producen en la región lumbar comprendida entre la 12^a costilla y la cresta iliaca, y entre el músculo erector espinal medialmente y el músculo oblicuo externo lateralmente. Pueden ser congénitas o primarias, secundarias o adquiridas las cuales se encuentran en un 90% de los casos. Pueden encontrarse en el triángulo lumbar superior o de Grynfelt-Lesshaft descrito en 1866, de donde reciben su nombre y es aquí donde más se presentan en un 95% de los casos, en el triángulo inferior o de Petit descrito en 1774 (hernia de Pepito) o pueden ser difusas, a continuación presentamos un caso de hernia lumbar su manejo y tratamiento. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 63 años de edad. Originario de Villagrán, Tamaulipas, casado, católico, primaria completa, agricultor, es alérgico a la penicilina, con fractura de tobillo izquierdo dos años atrás, tabaquismo y etilismo ocasional, sin más antecedentes de importancia. Acude a valoración por la presencia de una masa a nivel lumbar derecha de 3 x 4 cm de 6 meses de evolución de aparición súbita al hacer un esfuerzo, reductible, cursaba con discreto dolor tipo ardoroso que se irradiaba en hemicinturón, y hacia región inguinal derecha, que incrementaba con la actividad y disminuye en reposo, con

aumento de volumen paulatino. Se tomaron estudios prequirúrgicos de rutina: telerradiografía de tórax, electrocardiograma, citometría hemática, química sanguínea, tiempos de protrombina y tromboplastina parcial, grupo sanguíneo y RH. Con resultados normales por lo cual fue sometido a intervención quirúrgica que se detalla a continuación: Bajo anestesia general, en posición decúbito lateral izquierdo, se realiza incisión transversal en región dorsal derecha, se disecciona por planos hasta identificar cuadrado de Grynfelt, se identifica saco herniario de 5 cm, con un defecto de 3 cm el cual era reductible, se coloca cono de malla de polipropileno, dejando con prolene 2-0, se afronta el músculo serrato posterior e inferior, el cuadrado lumbar con oblicuo menor como plano de reforzamiento. Cierre por planos sin complicaciones. Es egresado al siguiente día, con cita de control al mes sin complicación alguna. **Conclusiones:** Sólo hay 300 casos reportados en la literatura desde que Barbette en 1672 sugirió que podrían presentarse hernias a este nivel. Ponka en 1980 las divide en congénitas y en adquiridas. Las congénitas ocupan el 20% y tienen su génesis entre la tercera y séptima semanas de gestación cuando se inicia la diferenciación de los músculos. Las adquiridas se pueden dividir en espontáneas o primarias y en secundarias o traumáticas, debido a cirugías de retroperitoneo, nefrectomías, toma de injertos de hueso iliaco, el uso de cinturón de seguridad, embarazo, obesidad, enfermedades debilitantes. Las espontáneas representan el 55%. Por su contenido Thorek en 1950 las divide en extraperitoneales, intraperitoneales y preperitoneales. El contenido comúnmente es grasa preperitoneal, cemento, colon y rara vez el riñón. Las hernias lumbares tienen un riesgo del 25% de encarcelamiento y del 10% de estrangulamiento. El tratamiento quirúrgico se divide en tres modalidades: el cierre primario del defecto, pero se ha reportado mayor recidiva por la tensión de los tejidos, se puede realizar la colocación de material protésico como una malla de manera abierta, y ahora con el advenimiento de la cirugía mínima invasiva nos permite un cierre intraperitoneal y extraperitoneal vía laparoscópica, no hay aún un tratamiento estandarizado, sin embargo actualmente hay más estudios sobre la plástica laparoscópica con ventajas sobre las otras técnicas. Sin embargo, existen nuevas técnicas reportadas con el uso de colgajos reforzados con malla (Di Carló 2007), o el uso de anclajes óseos sobre la cresta iliaca de manera abierta y laparoscópica alentadores pero faltan estudios comparativos.

CLÍNICA DE HERNIAS EN EL HOSPITAL CENTRAL

Antonio Alberto Álvarez Fariás, Belmares TJA, Rangel CHDF. Servicio de Cirugía General. Hospital Central SSA, San Luis Potosí, San Luis Potosí

Introducción: Las hernias son el padecimiento quirúrgico más frecuente en México y en el mundo; se estima que el 3-5% de la población general padece este problema y siendo estrictos, se deben presentar entre 300 a 500 mil casos nuevos anualmente por lo que se considera un problema de salud pública, por lo anterior consideramos que en la actualidad debe existir un manejo estandarizado con un seguimiento pertinente. **Objetivo:** Informar de las estadísticas preliminares de la atención y manejo de los pacientes con hernias de pared abdominal e inguinal, cualquiera que sea su origen. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y transversal realizado del 1o de enero al 31 de noviembre de 2007, para lo cual se utilizaron los expedientes clínicos del Hospital Central «Dr. Ignacio Morones Prieto». Se incluyeron todos aquellos expedientes completos, con diagnósticos de cualquier tipo de hernia. Se utilizaron promedios y curvas de distribución.

Resultados: Del 1o. de Enero al 31 de Noviembre del 2007, se operaron 233 pacientes de los cuales fueron 103 hernias inguinales, 90 umbilicales y 40 postincisionales, la hernia inguinal predominó en hombres (3.12:1) en comparación con la umbilical y postincisional que predominaron en mujeres. La hernia inguinal predominó en el grupo de 70 a 79 años, las umbilicales en el grupo de 40-49 años y las postincisionales de los 50 a 59 años. Se revisaron de manera particular 53 expedientes al azahar encontrando la hernia inguinal derecha como el diagnóstico más común; la diabetes mellitus y la hipertensión arterial fueron las enfermedades asociadas más comunes. El tiempo promedio de estancia fue de 2.48 días (1 a 7 d.), el tiempo quirúrgico utilizado para la reparación fue de 40 minutos a 3 horas 15 minutos. Se documentaron 3 pacientes con dolor crónico en el seguimiento, dos con parestesia inguinal y uno con un granuloma. El tipo de hernia inguinal más frecuente fue la tipo III de Gilbert, con reparación de Lichsteinstein como la más frecuente, sólo en un paciente se realizó reparación laparoscópica. El seguimiento hasta el momento ha sido de seis meses sin encontrar recidiva. **Conclusiones:** Desde la época de los faraones egipcios, se ha tenido evidencia de esta patología, que puede llegar a convertirse en un problema de salud debido a la gran cantidad de casos nuevos anuales. Se ha ido conociendo de manera paulatina la anatomía, fisiología y fisiopatología de la región hasta llegar a lo que por varios años se consideró el «estándar de oro» con la plástica de Bassino. Posteriormente ante la necesidad de disminuir complicaciones y recidivas se han desarrollado técnicas en las que se incluyen materiales protésicos y que como consecuencia disminuye el período de recuperación postoperatoria con la disminución de dolor inguinal y sobre todo recidivas; así mismo con

el advenimiento de la tecnología en el campo quirúrgico se comenzó a utilizar la laparoscopia como alternativa de tratamiento pero con una curva de aprendizaje prolongada y un mayor costo para el paciente; por lo anterior el Dr. Bernal en su artículo de 2004 establece las indicaciones principales, 1. Hernia Inguinal recurrente, 2. Hernias bilaterales y 3. Hernia en pacientes que van a laparoscopia por otro motivo. Los resultados en nuestra clínica nos dan un antecedente a fin de que en el futuro podamos realizar algunas modificaciones de tratamiento por el tipo y la cantidad de pacientes que atiende nuestro hospital como pudiera ser la utilización de anestesia local y manejo ambulatorio.

160

HERNIA HIATAL GIGANTE COMPLICADA

Ismael Brito Toledo, Del Ángel L, Peña HFJ. Servicio Gastrocirugía. Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS, México D.F.

Introducción: La hernia hiatal consiste en el paso de una porción del estómago a la cavidad torácica a través de hiato esofágico del diafragma. Esta situación se ve favorecida por la diferencia de presión entre el abdomen y el tórax. El conocimiento de la hernia diafragmática de tipo hiatal, constituye un hecho relativamente reciente. A principios de siglo XX, en 1905, Heidenhain realizó el primer diagnóstico en vivo de una hernia hiatal, ya que hasta entonces los pocos diagnósticos de hernia diafragmática, se habían hecho en la mesa de autopsias. **Reporte del caso:** Hombre de 40 años, originario y residente del DF, Casado, católico. Inicia padecimiento con dolor abdominal y disfagia esofágica súbita, con dolor retroesternal y epigástrico, acompañado de náuseas y vómito de contenido gástrico, cuadro repetido en ocasiones previas desde hace 2 años, de manera intermitente y estado prolongado. EF con obesidad mórbida, peso de 120 kg, neurológicamente íntegro, cooperador, hidratado, sin taquicardia ni datos de dificultad respiratoria, área pulmonar con adecuada entrada y salida de aire no síndrome pleuropulmonar, abdomen globoso por exceso de pániculo adiposo, con dolor leve a nivel de epimesogastrio generalizado, blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis reactiva, extremidades íntegras, llenado capilar normal. Laboratorios: Hb 16.3, leucocitos 19.5, neutrófilos 85.95, glucosa 114, urea 26, creatinina 0.99, Na 143, K 4.21, amilasa 158, lipasa 27. Tp 14.2/13.7, Tpt 33.8/29.9. Gabinete: Rx de tórax inicial con sombra retrocardiaca y nivel hidroaéreo (estómago intratorácico). Rx de tórax de control, normal, no se aprecia aire libre subdiafragmático. Faringoesofagograma de urgencia, con material de medio de contraste en todo el cuerpo esofágico sin evidencia clara de estenosis en su tercio inferior, sin paso de contraste a la región de fondo del estómago. Panendoscopia electiva, de forma subóptima, con abundante material alimentario a nivel de UEG, impidiendo el paso del endoscopio más allá de la unión. SEG, hernia hiatal gigante con cuerpo y fondo intratorácico. Se somete a laparotomía exploradora, con hallazgos: Hernia hiatal de 10 cm de defecto con ascenso de cuerpo, fondo y epiplón, semirrotado sobre su eje, con reducción de contenido herniario. Se realiza plastia hiatal con afrontamiento del defecto con prolene 1-0, y cierre del hiato esofágico. El abordaje realizado fue toracoabdominal y subcostal izquierdo, dejándose sonda endopleural en 8vo EIC y línea axilar anterior. En su tercer día del postoperatorio se retira dicha sonda pleural por bajo gasto, el control radiográfico con adecuada reexpansión pulmonar. Iniciándose dieta líquida y progresión a blanda, siendo egresado al 5to día del postoperatorio por mejoría. **Conclusiones:** La sintomatología que produce consiste principalmente en síntomas atípicos derivados de la distensión del estómago herniado, apareciendo de forma intermitente y a menudo en relación directa con la ingesta. El diagnóstico es fundamentalmente radiológico, lo que se puede apreciar en la radiografía de tórax como una imagen radiotransparente con o sin nivel hidroaéreo sobre la silueta cardiaca. Los estudios con bario permiten la conformación diagnóstica. La endoscopia superior puede poner de manifiesto la herniación mediante retroversión alta. La manometría y la pH-metría no ofrecen datos para el diagnóstico a menos que exista reflujo gastroesofágico asociado. El tratamiento de la hernia hiatal tipo II es quirúrgico independientemente de la sintomatología, dada la severidad de las complicaciones del tipo de hemorragia, torsión, obstrucción, gangrena o perforación que puede suceder de modo impredecible.

161

ALERGIA A MATERIAL DE SUTURA, CIERRE DE HERIDA EMPLEANDO SISTEMA VAC (SISTEMA DE CIERRE ASISTIDO POR ASPIRACIÓN CONTROLADA)

Laura Elena Gaytán Méndez. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional Monterrey ISSSTE, Monterrey, Nuevo León

Introducción: La alergia al material de sutura es un padecimiento que dificulta el proceso de cicatrización de heridas, esto aunado a otros factores como la diabetes mellitus y la obesidad, son causa frecuente de dehiscencia de las mismas, así como factores favorecedores de la presencia de infecciones. El sistema de cierre asistido por aspiración controlada (VAC, por sus siglas en inglés) ayuda en el proceso de cierre de las heridas aplicando

presión negativa sobre su superficie y bordes, siendo muy eficaz en la extracción de exudado y fomentando el proceso de granulación. **Reporte del caso:** Se trata de una paciente femenina de 54 años, diabética, portadora de retinopatía, con alergias múltiples, índice de masa corporal de 51%, fue sometida a laparotomía exploradora por presentar tumoración retroperitoneal, resultando un diagnóstico de leiomiofibroma, durante el postoperatorio presenta dehiscencia de herida con eviceración, por lo que es reintervenida encontrando una reacción inflamatoria al vicryl en la aponeurosis y al que se encontraba en tejido celular subcutáneo, se efectúa lavado de cavidad y se cierra facia con nylon del cero puntos separados, se decide dejar abierta herida para curaciones, se sutura al quinto día de curaciones con vicryl dos ceros en tejido celular subcutáneo y nylon tres ceros en piel, presentando nuevamente al tercer día de suturada, abundante drenaje de material serohemático a través de la herida, se retiran tres puntos de sutura de piel, presentando al séptimo día drenaje de material purulento, por lo que se decide efectuar desbridación, observando abundante tejido inflamatorio en relación a los puntos de vicryl, se decide dejar la herida abierta y cierre por tercera intención, aplicando sistema VAC, el cual se recambia cada tercer día por espacio de un mes momento al cual se retira, observando cierre de profundidad en un 90%, se continúa tratamiento con cambio de gasas húmedas cerrando en su totalidad al cabo de 10 días de tratamiento. **Conclusiones:** La paciente presentaba alergia a la sutura de vicryl por lo que presentaba rechazo al mismo, con drenaje de material serohemático a través de la herida y cierre retardado, con la complicación final de dehiscencia de herida. Sólo se ingresó para desbridación de herida un día, posteriormente se aplicó VAC y se envió a su domicilio, lo que demuestra que el uso de terapia VAC es una alternativa en estos casos ya que se disminuye en número la cantidad de curaciones y los días de internamiento, con una efectiva y más rápida presencia de área de granulación adecuada, disminuyendo los costos de internamiento y siendo una terapia útil en el manejo de pacientes en forma ambulatoria.

162

HERNIA DE SPIEGEL COMO PRESENTACIÓN EN UN CUADRO DE ABDOMEN AGUDO, SEMEJANDO APENDICITIS AGUDA

Luis Iván González Reynoso, Robles GS, Toscano IX*, Iñiguez SM. Servicio de Cirugía General. Hospital Civil Nuevo de Guadalajara, Dr. Juan I. Menchaca SSA, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La hernia de Spiegel, conocida también como hernia ventral lateral espontánea, es una hernia a través de la fascia de Spiegel, que es la zona de unión entre la fascia del músculo recto anterior y las vainas de los músculos anchos del abdomen, que se extiende desde el reborde costal hasta el pubis. Nombrada en honor al anatomista Belga Adriaan van den Spieghel, quien fue el primero en describir la línea semilunar en 1645. Esta línea representa la transición entre la porción muscular y aponeurótica de los músculos transversos abdominales. Una hernia de Spiegel es una hernia interparietal, lo que significa que la grasa preperitoneal y o el saco herniario penetran el transverso del abdomen, y el oblicuo interno, pero queda detrás del oblicuo externo. Aunque estas hernias se presentan a lo largo de toda la línea son más comunes debajo de la línea arcuata probablemente por ausencia de la aponeurosis posterior del recto. De hecho 90% de las hernias spigelianas se encuentran en el cinturón herniario de Spangen, que se encuentra 6 cm atravesando una línea sobre la unión de ambas espaldas iliacas anterosuperiores. Normalmente estas hernias se consideran adquiridas, aunque hay casos raros reportados de etiología congénita. Los factores predisponentes incluyen obesidad mórbida, múltiples embarazos, pérdida de peso, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, constipación intestinal, hiperplasia prostática, ascitis, trauma, cirugía previa. Representa en total un 1.2 a 2.4% de todas las hernias de pared abdominal, presentándose comúnmente entre la quinta y sexta décadas de la vida. Con leve preponderancia por sexo femenino (1.4:1 M:H ratio). La presentación clínica varía dependiendo el tamaño, tipo y contenido de la hernia. La incarceration dado el tamaño mínimo del orificio herniario es relativamente común, reportando ésta hasta en el 17 al 24% de las hernias reportadas. La forma de reparación varía, desde el cierre de pequeños defectos vía abierta empleada hasta en el 90% de algunas series, en defectos mayores se sugiere refuerzo con uso de malla preperitoneal, otra opción es el abordaje laparoscópico, que ha demostrado ventaja en cuanto a la menor estancia hospitalaria, y morbilidad. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 45 años, quien acude al Departamento de Urgencias del Hospital Civil por presentar dolor abdominal agudo iniciado 12 horas previas, punzante que ha ido en aumento en fosa iliaca derecha sin irradiaciones, sin cambios en hábitos intestinales, o fiebre, a la exploración física, se presenta paciente taquicárdica 130 latidos por minuto, con dolor abdominal en fosa iliaca derecha, Mc Burney positivo, obturador positivo, talopercusión positiva, rebote positivo, con plastrón palpable en fosa iliaca derecha, difícil de palpar superficialmente por la obesidad de la paciente (IMC de 45). Los laboratoriales mostraban leucocitosis de 13,000, predominio polimorfonucleares, con bandas, placa de abdomen con regular distribución del aire no niveles, sólo posición antiálgica, se realiza diagnóstico de abdomen agudo, con probabilidad de apendicitis aguda, por lo que se realiza laparotomía exploradora, encontrando hernia

de Spiegel, de contenido epiploico, apéndice sin alteraciones, por lo que se procede a realizar omentectomía, por necrosis del contenido, siendo el defecto de tan sólo .3 cm, luego se realiza cierre primario con prolene del 1, la paciente presenta evolución postquirúrgica favorable siendo dada de alta al segundo día postquirúrgico. **Conclusiones:** En este caso llama la atención la similitud de la presentación clínica con la de una apendicitis, tratándose realmente de una hernia de Spiegel incarcerada. En una paciente sumamente obesa lo que dificultó su detección, además se reporta la hernia de Spiegel debido a su baja incidencia en nuestra población, así como su reparación de manera primaria por tratarse de un defecto pequeño.

163

HERNIA DE SPIEGEL ASOCIADA A UN ABSCESO GIGANTE DE PARED. REPORTE DE UN CASO

Ma. del Carmen Castro Martínez, Dávila C, Cuenca H. Servicio de Cirugía General. Hospital Básico Comunitario de Zumpango, Gro. SSA, Chilpancingo, Guerrero

Introducción: La hernia de Spiegel es una entidad rara y ocurre en la unión del borde lateral del músculo recto del abdomen y el borde medial del músculo transverso del abdomen, la mayoría ocurre en la línea semilunar. Es a partir del llamado arco de Duglas, en la zona situada entre la espina iliaca anterior y el ombligo a nivel del borde externo del músculo recto, donde la hoja posterior deja de serlo, convirtiéndose en una zona de menor consistencia, pudiéndose producir por ese sitio hernias ventrales laterales. Los factores predisponentes son la obesidad, embarazos repetidos, aumento de presión intraabdominal, debilidad de la pared muscular, y enfermedad pulmonar obstructiva. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y muy variables siendo más frecuente el dolor abdominal, la presencia de tumoración, cuando hay alguna complicación mayor se presenta vómito y fiebre. **Reporte del caso:** Masculino de 32 años de edad el cual hace un mes levanta un bulto de cemento presentando al momento dolor abdominal a nivel de flanco derecho, su manejo de inicio fue conservador pero a la semana comenzó con tumoración en flanco derecho la cual poco a poco fue creciendo, acudió con diferentes médicos los cuales lo manejaron de manera conservadora con antiinflamatorios. El cuadro no mejoró y comenzó a presentar dolor por lo que acude de nuevo al médico solicitándole US abdominal en el cual sólo reportan un desgarro muscular, se vuelve a dar tratamiento con antiinflamatorios sin mejoría. Acude a esta unidad encontrando a la exploración física tumoración de aproximadamente 20 x 20 cm a nivel de la línea semilunar derecha, muy doloroso a la palpación de consistencia blanda y fija a planos, el estado general del paciente es adecuado no hay hipertermia. Se realiza US en donde se aprecia tumoración de bordes mal definidos e irregulares con diámetros de 25 x 18 cm que desplaza polo inferior del riñón derecho, hígado y vesícula biliar, de contenido heterogéneo con ecos en su interior y sin sombra sónica. Los laboratoriales reportan una leucocitosis de 27,900, segmentados 89%, linfocitos 5.2, hemoglobina 12.1, hematocrito 37.5, plaquetas 578, TP 13", TPT 33", glucosa 120 mg/dl, bilirrubinas total 0.8, es por esto que se comienza a impregnar con triple esquema de antibióticos y se somete a cirugía al segundo día de su estancia intrahospitalaria. Durante la cirugía se encuentra cavidad limpia, a nivel de la zona semilunar se encuentra epiplón adherido al peritoneo parietal así como asas de intestino delgado, comenzamos a despegar de manera roma y al momento hay salida de material purulento fétido aproximadamente 300 ml, se encuentra orificio de 5 cm con epiplón atrapado el cual se extrae ya con datos de necrosis del mismo, se despegan asas de íleon sin haber compromiso vascular. **Conclusiones:** La hernia de Spiegel es una rara variedad de defecto herniario de la pared abdominal, su diagnóstico y tratamiento sigue siendo un tema controvertido, fundamentalmente por su diversa e infrecuente presentación. Este tipo de hernias representa aproximadamente el 1% de todas las hernias que se operan en la pared abdominal, suele aparecer después de los 40 años de edad, siendo rara en niños aunque existen casos descritos, hay una mayor predisposición en mujeres. La presencia de factores predisponentes debe ser el punto de partida para orientar correctamente la historia clínica, la exploración física es fundamental para poder diagnosticar y tratar en tiempo y forma este tipo de eventos quirúrgicos.

MÓDULO: HÍGADO

164

AMEBOMA CON FÍSTULA A COLON

Prisciliano Lozoya Escalante, Licón GJ, Barraza RU, Barba LO, López MJ, Baeza GF, Leal RL. Servicio de Cirugía. Hospital Christus Muguerza del Parque, Chihuahua, Chihuahua

Introducción: Cerca del 10% de la población mundial está crónicamente infectada con *Entamoeba histolytica* y 4% de los pacientes con colitis amebiana desarrollan abscesos. El absceso hepático amebiano (AHA) es la manifestación extraintestinal más frecuente de la infección por *E. histolytica* que asciende por el sistema venoso portal. **Reporte del caso:** Masculino de

79 años. Antecedentes: Diabético de 6 años de evolución, tratado con insulina más hipoglucemiantes orales. Úlcera péptica hace 6 años. Padece actual: Inicia dos meses previos a su ingreso con astenia, adinamia, pérdida ponderal de 15 kg aprox. Un día antes de su ingreso presenta evacuación con sangre fresca. Ingresó con diagnóstico de síndrome anémico + STD + diabetes. El paciente refiere dolor en hipocondrio derecho. Endoscopia con gastritis por *H. pylori*, colonoscopia con tumoración ulcerada en colon ascendente con huellas de sangrado reciente, se toman biopsias. La TAC muestra absceso hepático de 85 x 62 mm con aire en su interior en lóbulo hepático der., líquido libre en correderas y hueco pélvico. Reporte de biopsias hepáticas: colitis amebiana. Se inicia antibioticoterapia. Nueva TAC con masa compleja pericolónica en flexura hepática, se observa comunicación del absceso con el colon. Se realiza drenaje del absceso hepático guiado por TAC dejando catéter como una fístula controlada. El paciente evoluciona satisfactoriamente y se egresa. Se retira el drenaje unas semanas después. **Conclusiones:** El AHA es causa importante de lesiones ocupativas principalmente en países en desarrollo. El diagnóstico y tratamiento tempranos ayudan a reducir las tasas de morbilidad y mortalidad. Los drenajes percutáneos son útiles en el tratamiento de abscesos disminuyendo la mortalidad de un procedimiento quirúrgico.

165

ABSCESSO TORÁCICO SECUNDARIO A RUPTURA DE ABSCESSO HEPÁTICO A PLEURA. REPORTE DE UN CASO

Jesús Castro Pantoja, Rojano ME, Ruiz JA, Mecinas JSD, Flores SD, Ochoa ARA. Servicio de Cirugía. Hospital Especialidades Dr. Belisario Domínguez SSGDF, México, D.F.

Introducción: *Entamoeba histolytica* es un parásito de distribución mundial. Se estima que infecta alrededor de 500 millones de personas anualmente y que de ellos 110,000 mueren por las complicaciones causadas. Las personas infectadas por el parásito se pueden dividir en dos poblaciones de acuerdo a sus manifestaciones clínicas. La primera es asintomática y está conformada por un 90% y la segunda es sintomática representada por un 10% que manifiestan la enfermedad principalmente como disenteria amebiana y/o como amebiosis extraintestinal. El absceso hepático amebiano: es la invasión al hígado por *E. histolytica* desde un foco intestinal, formando pequeñas trombosis a nivel de los sinusoides hepáticos, con infartos locales, necrosis y licuefacción; en la mayoría de los casos existe sólo un absceso localizado generalmente en el lóbulo hepático derecho, por recibir éste la mayor parte de la circulación portal. La tríada sintomática es fiebre, hepatomegalia y dolor en hipocondrio derecho. A pesar de que la terapia es efectiva en más del 90% de los casos, pueden presentarse complicaciones: la ruptura hacia cavidad abdominal, pleural y pericárdica son infrecuentes y potencialmente fatales; también se han reportado fístulas hepatobronquiales, absceso pulmonar, derrame pleural reactivo, trombosis de la vena hepática y obstrucción de la vena cava inferior. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 50 años, acude por cuadro de 2 meses de evolución consistente en tos en accesos predominio nocturno, productiva, expectoración amarillenta posteriormente mucopurulenta, escalofríos, fiebre no cuantificada de presentación diaria, asociado a disnea progresiva. Examen físico: consciente, TA: 140/80, FC: 120/minuto, FR: 24/minuto. Cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos sin agregados, hipoventilación basal derecha, aumento vibraciones vocales, matidez infraescapular derecha. Abdomen: dolor leve en hipocondrio derecho. Resto de examen físico sin alteraciones. Rx tórax: elevación del hemidiafragma derecho, compromiso parenquimatoso del lóbulo inferior del pulmón derecho con derrame pleural ipsilateral, leucocitosis, desviación izquierda, aumento de la velocidad de sedimentación globular. Se hospitalizó en el Servicio de Medicina Interna para estudio y manejo con impresión diagnóstica de neumonía basal derecha adquirida en la comunidad, por lo cual se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona 1 g IV c/12 horas, luego de 3 días el paciente persistió febril y con incremento en la dificultad respiratoria, por lo cual se realiza TAC toracoabdominal la cual reporta, colección hipodensa en hemitórax derecho desde la base hasta la convexidad, con presencia de septos en su interior, lesión hepática redondeada definida en el lóbulo derecho con atenuaciones en el interior con reforzamiento en su periferia en relación con absceso. Se protocoliza y realiza toracotomía anterolateral derecha encontrándose 900 cc de material purulento, múltiple adherencia pleura-pulmón, no se visualiza defecto de diafragma, colocación sonda pleurostomía anterior y posterior. Postoperatorios sin complicaciones apoyo inhaloterapia y nutrición parenteral, antibioticoterapia, evolución satisfactoria y egreso. **Conclusiones:** El absceso hepático amebiano es la entidad clínica más frecuente de la amebiasis extraintestinal, con una tríada sintomática característica, sin embargo como en el presente caso, puede presentar un cuadro compatible con neumonía basal derecha que al mostrar evolución tórpida indujo diagnóstico de absceso hepático, con una complicación de las más comunes, apertura a pleura y pulmón. En el momento actual la morbilidad, mortalidad y pronóstico del paciente con AHA han venido mejorando sustancialmente, todo lo anterior debido al surgimiento de elementos diagnósticos como la ultrasonografía y la TAC, sumado a los avances en el inmunodiagnóstico. Ahora es rápido y preciso

hacer el diagnóstico de absceso hepático, para permitirle al médico iniciar una terapia específica y dirigida. Así el paciente presenta menor morbilidad (punciones hepáticas innecesarias, complicaciones del AH), se le brinda una mejor calidad de atención al reducir la estancia hospitalaria, la carga laboral y psicológica para él y su familia así como los costos de atención.

166

METÁSTASIS HEPÁTICA ÚNICA DE CÁNCER DE MAMA

Nora María Pérez Hernández, Parra TCG, Pichardo GE, Tort MA, Contreras AA, Núñez MM. Servicio de Cirugía General. Hospital 1° de Octubre ISSSTE, México, D.F.

Introducción: El cáncer de mama metastásico muestra implantes de la enfermedad más allá de los ganglios linfáticos regionales, con esto es considerada como una enfermedad avanzada e incurable, el pronóstico de los pacientes con enfermedad hepática metastásica de cáncer de mama es pobre, el tiempo medio de supervivencia de los pacientes una vez presentada la metástasis de acuerdo a estudios realizados es de 1 a 18 meses, sin embargo en una pequeña proporción de pacientes (4 a 5%) la metástasis hepática es el único signo de enfermedad sistémica. La resección hepática de la lesión, ofrece la única oportunidad de cura en los pacientes con esta variedad de la enfermedad. La hepatectomía para el cáncer de mama puede ser un tratamiento sistémico prolongado, observándose con factor favorable el ser receptores hormonales positivos. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 55 años de edad con antecedente de haber presentado hace 5 años carcinoma canalicular infiltrante moderadamente diferenciado de mama derecha, estadiado como IIB, receptores de estrógenos positivos, realizándose en esa ocasión mastectomía derecha radical modificada tipo Madden y con adyuvancia con tamoxifeno, manteniéndose asintomática cerca de 3 años, continuando con la vigilancia se detecta por ultrasonido hepático, una lesión compleja en el lóbulo hepático izquierdo por lo que se realiza PET-SCAN con datos de actividad sólo en hígado, se programa para laparotomía exploradora por probable metástasis hepática única. Se realiza cirugía programada como laparotomía exploradora, realizándose bajo anestesia general incisión media supra e infraumbilical, encontrando hígado con lesión de 6 x 6 cm abarcando los segmentos III y IV, sin más lesiones a la exploración del resto de la cavidad, se procede a realizar segmentectomía no anatómica, se realiza maniobra de Pringle y con técnica de pinza-pinza, seda 00 y corte dando un margen de 1 cm tridimensional, se realiza segmentectomía no anatómica, retirando la maniobra de Pringle a los 20 min; se coloca gelfoam en sitio quirúrgico y se corrobora hemostasia, presentando sangrado escaso en procedimiento de 150 cc. Postquirúrgicamente con buena evolución, inicio de la vía oral a las 24 h del procedimiento quirúrgico y con estancia postquirúrgica de 5 días, es egresada para continuar vigilancia por consulta externa. Resultado histopatológico reporta carcinoma canalicular moderadamente diferenciado. Paciente actualmente a 22 meses de realizada la segmentectomía no anatómica se encuentra asintomática, sin datos de actividad tumoral. **Conclusiones:** El cáncer de mama con metástasis hepática tiene un pronóstico pobre, sin embargo la hepatectomía en casos de pacientes bien seleccionados con metástasis única de cáncer de mama, receptores hormonales positivos, ofrece mayor supervivencia, con baja morbilidad, por lo que se debería de considerar como tratamiento de elección para el tratamiento de cáncer de mama con metástasis hepática única.

167

DERIVACIÓN PORTOCAVA TERMINOLATERAL EN HEMORRAGIA VARICIAL POR HIPERTENSIÓN PORTAL. CIRUGÍA VIGENTE. REPORTE DE UN CASO

Fernando Corona Suárez, Corona FF, García CG, Mendoza BL, Mejía HIJ, Muñoz C.JI. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional Cd. Madero PEMEX, Cd. Madero, Tamaulipas

Introducción: La hipertensión portal es un síndrome secundario a diversas entidades clínicas que cursa con un aumento de presión en uno o más puntos de la circulación hepatoportal, desde la vena esplénica hasta las venas suprahepáticas. En general la causa más frecuente es la cirrosis hepática. Y la complicación constituyendo la más grave es la ruptura de várices esofágicas siendo responsable de aproximadamente un tercio de las muertes en pacientes cirróticos. Entre el 50 y 60% de los pacientes cirróticos poseen várices gastroesofágicas y alrededor del 30% de éstos experimenta un episodio de sangrado en los dos primeros años de diagnóstico, esto en relación al tamaño de las várices y el grado de disfunción hepática. El cese espontáneo del sangrado puede ser del 30% pero la mortalidad con cada sangrado puede ser mayor del 40%. Todo esto hace que el paciente con hemorragia digestiva por cirrosis necesita de un estrecho control, y en la mayoría de los casos de medidas terapéuticas agresivas para disminuir la mortalidad, es de aquí nuestra inquietud de presentar este caso de derivación o shunt portocava terminolateral y que consideramos aún vigente esta cirugía tanto para el cirujano, a pesar del advenimiento de las derivaciones porto sistémicas intrahepáticas transyugulares (TIPSS). **Reporte del caso:** Paciente femenino de 68ª de edad con ant.

más de 5 años de cirrosis hepática, con hipertensión portal y sangrado de tubo digestivo alto por várices esofágicas Forrest Ib reporte endoscópico, con 2 eventos previos de sangrado con descompensación hemodinámica moderada ameritó transfusiones en dichos eventos en un lapso de tres meses con dos sesiones de escleroterapia endoscópica en cada sangrado con encefalopatía y ascitis controlada, sólo antecedentes de hipertensión arterial controlada Child B, con índice pronóstico del riesgo de enfermedad de acuerdo a Rockall con puntaje de 5, siendo riesgo intermedio. Se le realizó USG abdomen con datos de cirrosis hepática, con vascularidad hepatofugal aumentada, así como datos de colelitiásica crónica sin agudización, resto normal. El día 5-12-06 se procede a hospitalizar en donde se inicia protocolo de preparación para someterse a cirugía derivativa portal, valoración cardiovascular Goldman III la paciente es sometida a laparotomía exploradora el día 8-12-06 donde se le realiza colecistectomía con biopsia hepática y derivación portocava terminolateral. Durante el transoperatorio tuvimos mínimo sangrado se maneja en UTI por 24 h para vigilancia estrecha, se pasa posterior al área de hospitalización y al tercer día se egresa deambulando con, tolerancia adecuada de la vía oral y evaluaciones normales, actualmente la paciente no ha presentado nuevo evento de sangrado varicial. En un año y medio de postoperatorio presentó tres cuadros de encefalopatía que remitieron con tratamiento médico convencional. **Conclusiones:** Presentamos este caso considerando que la derivación portocava terminolateral es la operación que con mayor frecuencia se realiza dentro de su tipo, siendo aún vigente en ciertos casos para el cirujano con experiencia en dicho procedimiento, tomándola como primera elección quirúrgica cuando se presenta la recidiva de sangrado a pesar de varias sesiones de escleroterapia endoscópica y que no contemos con los TIPSS o éstos son fallidos. Si bien aumenta el flujo arterial hepático después de esta técnica, por lo general se reduce más la corriente sanguínea hepática total en comparación con la existente antes de la intervención; evitando mayor sangrado por várices esofagogástricas. Así como debe de suponerse que el riesgo de hemorragia por várices después de una derivación portocava terminolateral y sin coagulopatía, se debe a trombosis en la derivación hasta no demostrar lo contrario. Tomando como riesgo el deterioro de la función hepática, la encefalopatía y en menor porcentaje la ascitis éstas pudiéndose controlar con tratamiento médico habitual en la mayoría de los casos; esto no aumentaría la mortalidad.

168

DERIVACIÓN ESPLÉNORRENAL PARA TRATAMIENTO DE BILIOPATÍA HIPERTENSIVA, REPORTE DE UN CASO

Xeily Zárate Díaz. Servicio de Cirugía. Hospital INCMNSZ SSA, México, D.F.

Introducción: La obstrucción portal extrahepática es una causa de hipertensión portal en niños de países en desarrollo. La evolución es con degeneración cavernomatosa, la cual, se entiende como una manera de mantener el flujo portal al hígado. En estos pacientes, el 50% desarrollarán colestasis y de éstos, el 23% obstrucción biliar sintomática. Ello se debe a alteraciones del árbol biliar secundarios a compresión por red portal aumentada o litiasis. En estos pacientes es común la afección de la vía biliar extra e intrahepática, como en el caso que aquí se reporta. **Reporte del caso:** Hombre de 22 años que inició su padecimiento a los 4 años de edad al presentar un episodio de hematemesis asociado a várices esofágicas tratadas con propanolol y con escleroterapia. Se le realizó USG que mostró múltiples colaterales en hilio hepático además de flujo turbulento de la porta. Se evidenció por portografía transhepática una derivación espontánea esplenorrenal. En su seguimiento, 8 años después, se realizó USG que mostró disminución del tamaño hepático, alteración de su ecotextura y vena porta permeable con disminución de su flujo. Continuó con manejo médico y en nuevo USG de control se evidenció cambios por daño hepatocelular crónico, esplenomegalia y degeneración cavernomatosa de la porta. Recibió nuevo tratamiento con escleroterapia en tercio distal de esófago por la presencia de várices. Después de 16 años de haber iniciado su sintomatología presentó elevación de bilirrubinas, hasta 12 mg/dl de bilirrubina total (BT) acompañado de náusea, vómito e hiperesplenismo con plaquetas de 45,000. Se realizó TAC que evidenció dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, esplenomegalia, colelitiasis, y probable obstrucción de la vía biliar extrahepática por vasculatura. La IRM corroboró múltiples colaterales venosas en hilio hepático que ocasionaban compresión del códoco. Se inició su tratamiento con la realización de CPRE en la que se colocaron 2 endoprótesis en el conducto hepático derecho y 1 izquierdo. Con ello, el paciente mejoró parcialmente pues posteriormente progresó con colestasis y BT de 31 mg/dl (BD 17.1), con FA de 253 mg/dl, TP 110/10, TTP 71/29, INR = 11. Un nuevo USG demostró dilatación de la vía biliar con engrosamiento de la pared de la vesícula y colelitiasis. Se le realizó drenaje percutáneo de la vía biliar, con gasto de 300 cc al día y con ello disminución de la BT hasta 14 mg/dl con BD de 7.4 mg/dl, FA de 194 mg/dl, Hb 12.8 g/L, leucocitos 3 (neutrófilos 67%), plaquetas 42 mil, TP 10.7/8.5, TTP 41.1/28 e INR 1.23. El tratamiento quirúrgico que se le ofreció al paciente fue derivación esplenorrenal distal, y por el antecedente de CCL se realizó en mismo tiempo quirúrgico, colecistectomía parcial. La evolución fue buena con tolerancia a la VO a partir de las 48 h del postope-

ratorio, disminución de la colestasis y los siguientes laboratorios: Hb 11.3 g/l, leucocitos 8.3, plaquetas 155, ALT 45 mg/dl, AST 101 mg/dl, BT 8.7 con BD 4.7 y BI 4 mg/dl, FA 135 mg/dl, albúmina 1.9 y globulinas de 3.3. **Conclusiones:** Actualmente el manejo de la biliopatía hipertensiva es controversial ya que la presencia de cavernoma portal es un obstáculo para el tratamiento quirúrgico de la obstrucción. En las opciones de tratamiento está el manejo endoscópico con endoprótesis. Sin embargo, desde un inicio o cuando el tratamiento endoscópico falla, se evalúa la posibilidad de realizar derivación portal y después la derivación biliodigestiva. En algunos casos llega a ser innecesaria esta última, por la buena respuesta a la derivación portal. Otra indicación de ésta es la presencia de hipersplenismo. En este caso, la evolución fue favorable con la derivación portal pero su seguimiento es importante para descartar la necesidad de derivación biliodigestiva en el futuro.

169

TUMOR NEUROENDOCRINO PRIMARIO DE HÍGADO

Nicolás Sánchez Rodríguez, Ortiz HR, Álvarez DA, Sierra J, Montoya R, Martínez GR. Servicio de Cirugía General. HRZ No. 6 Cd. Madero IMSS, Tampico, Tamaulipas

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) son neoplasias poco comunes de crecimiento lento y comportamiento biológico impredecible. Representan el 1-2% de las neoplasias gastrointestinales y representan el 74% de los TNEs, siendo el hígado el sitio natural de metástasis así como el TNE hepático primario (TNE-HP) es muy raro. Se tienen tres hipótesis de su origen: a) A partir de células neuroendocrinas en el epitelio del tracto biliar intrahepático, b) derivado de heterotópico pancreático o adrenal localizado en el hígado y c) provienen de la diferenciación neuroendocrina de una célula madre maligna precursora del tumor hepático. El TNE-HP es más común en la quinta década de la vida en mujeres manifestada como una masa hepática silente (única o múltiple). **Reporte del caso:** Masculino de 66a con tabaquismo y alcoholismo positivo desde la juventud, con cuadro clínico de inicio en mayo 2007 presentando singultos, anorexia y pérdida de peso, con manejo inespecífico, se realiza protocolo clínico con US abdominal encontrando lesión focal ecogénica homogénea de bordes bien delimitados de 42 x 39 x 36 mm en lóbulo derecho proximal al hemidiafragma del segmento VIII, altamente sugestivo de proceso neoplásico, TAC que confirma la lesión en segmento VIII se realiza BAAF dirigida por US con reporte de neoplasia maligna de células pequeñas probablemente metastásica. Se completa protocolo preoperatorio y se realiza laparotomía exploradora el día 3 de agosto 2007 realizando resección no anatómica de la lesión nódulo de 3 x 4 cm del segmento VIII, se revisa cavidad páncreas y apéndice normal, cursando postoperatorio dentro de lo normal y siendo dado de alta al 5to día de postoperatorio, reporte de patología parénquima hepático con tumor neuroendocrino con bordes negativos, pasó a oncología médica donde se dieron 6 ciclos de quimioterapia y actualmente se encuentra en vigilancia sin datos de actividad tumoral. **Conclusiones:** La diferencia entre TNE hepático primario y metastásico aún es un problema diagnóstico y se realiza por exclusión. Algunas veces el único método de diferenciación es un seguimiento prolongado. La TAC, RM y US son sensibles para la estadificación del tumor primario pero tienen baja especificidad, la escintigrafía (octreoscan) es el procedimiento de elección para detectar TNEs con una especificidad de 88%. Se han descrito múltiples tratamientos, entre los cuales figuran la quimioterapia, quimioembolización con 5-FU, gencitabina, análogos de somatostatina, crioblación, inyección de alcohol, con un índice de sobrevida de 11 a 40%. El tratamiento de elección es la resección hepática con una sobrevida a cinco años de 46 a 76%. Sin embargo, debido a que las lesiones casi siempre son múltiples los candidatos a cirugía son sólo el 20%. El trasplante hepático aún está en controversia.

170

ANGIOSARCOMA HEPÁTICO REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Estela Vélez Benítez, Abascal AA, Caballero JJ. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades Puebla IMSS, Puebla, Puebla

Introducción: El angiosarcoma es una lesión hepática de rara frecuencia. Forma parte de los sarcomas malignos originados del endotelio en 2% de frecuencia. La edad pico es en la 6ª - 7ª décadas de la vida. Su etiología es desconocida, relacionado con dióxido de thorium (Thorotrast). Siendo una tumoración de los vasos sanguíneos o linfáticos, con relación hombre:mujer de 3:1. Presentándose en cualquier parte del cuerpo, frecuentemente en brazos, piernas, cuello y cabeza. Hígado, glándula suprarrenal, ovario, l. delgado en un área expuesta a radiación. Por lo general es asintomático hasta estadios avanzados por su difícil diagnóstico. Macroscópicamente se presenta como masas mal definidas de aspecto esponjoso y hemorrágico, comprometen la totalidad del hígado y la invasión neoplásica de la vena portal o la vena central. Las metástasis ocurren en 50% de los casos

en: ganglios linfáticos, bazo, pulmón, hueso, glándulas suprarrenales. Diagnóstico diferencial: sarcoma de Kaposi visceral, carcinoma hepatocelular hemorrágico, leiomiomas vascular, hemangioendelioma epitelioide maligno. Tumoración agresiva y pobre respuesta al tratamiento. En etapas tempranas el tratamiento incluye resección quirúrgica del tumor combinado con quimioterapia y radioterapia. En etapas tardías el tratamiento es más difícil. Incluye quimioterapia, casi ningún paciente alcanza a ser llevado a cirugía o trasplante. **Reporte del caso:** Masculino de 56 años, mecánico, antecedente de DM2, alcoholismo y tabaquismo ocasional. Su padecimiento lo inicia hace un mes con anorexia, pérdida de peso no cuantificado, dolor abdominal cólico, en mesogastrio irradiado a hipocondrio derecho, leve intensidad, desencadenado por la ingesta de colecistocinéticos, acompañado de picos febriles, y plenitud postprandial. Desde hace 2 semanas presenta tumoración en hipocondrio derecho, acompañado de coluria, acolia, ictericia. Presenta abdomen globoso por páncreo adiposo, con tumoración abdominal en hipocondrio derecho de 10 x 15 cm, no doloroso a la palpación. Con Hb 10.8 y Hto. 32.8, leucocitos 27.2, bilirrubina total 0.8, bilirrubina directa 0.2, amilasa 55, DHL 799, ALT 54, AST 55, ACE 0.638, alfafetoproteína 2.07, TP 13.7, 89%, TPT 12.2, INR 1.12. Placa de rayos X de tórax: Ultrasonido: hígado con masa heterogénea mixta con áreas anecoicas y ecogénicas, en lóbulo derecho inferior con tamaño de 156-126 mm, en la porción inferior. Vesícula biliar de pared engrosada con un contenido ecogénico 96 x 39 x 31 mm. Se tomó biopsia guiada: reportando colección subhepática, volumen 600 ml. Rastreo sonográfico masa ecogénica del lóbulo hepático derecho con líquido en su interior 600 cc material hemático, se realiza drenaje percutáneo con toma biopsia trucut con reporte de absceso piógeno en hígado. La tomografía axial computarizada confirmó tumoración a expensas de lóbulo derecho de hígado de 117 x 136 mm, hipodensa lobulada comprimiendo vesícula biliar, vía biliar intrahepática y extrahepática sin dilataciones sin crecimiento ganglionar retroperitoneal. Se somete a laparotomía exploradora realizando tumorrectomía 70% con hallazgo de tumor retroperitoneal hemorrágico de 30 x 20 cm, cápsula hemorrágica, con infiltración a colon ascendente y transversal, y a nivel hepático hemoperitoneo de 2,500 ml, se realiza drenaje y empacamiento. A los tres días el paciente es sometido a cirugía para retiro de compresas realizando tumorrectomía adicional del 10%. El reporte histopatológico definitivo por inmunohistoquímica es angiosarcoma hepático, con infiltración a retroperitoneo y colon. Siendo egresado por mejoría clínica. **Conclusiones:** El angiosarcoma es una tumoración maligna rara de difícil diagnóstico, frecuentemente se confunde con hepatocarcinoma, y se diagnostica en estadios avanzados por difícil diagnóstico. El diagnóstico definitivo se realiza por reporte histopatológico de inmunohistoquímica. Siendo una tumoración agresiva y pobre respuesta al tratamiento.

171

PRESENTACIÓN DE UN CASO HEPATOCARCINOMA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

María Angélica Hernández Vidales, Ramírez LRA, Ortiz SL, Delgado GJ, Castillo GJA, Viesca GJJ, Garibaldi M, Pacheco GC, Chávez RC, Mar CR, Cerda CL. Servicio de Cirugía General. Hospital Carlos Canseco SSA, Tampico, Tamaulipas

Introducción: Neoplasia derivada de los hepatocitos, se presenta en nuestro país con una frecuencia de 8% entre las defunciones por neoplasias con incidencia de 40 casos por 100,000 hab. y el 2% de las neoplasias pediátricas comúnmente presentándose en extremos de la vida menor frecuencia en edades de 10 a 34 años, superioridad en sexo femenino asociado a hepatitis virales B, C (agudas o previas), exposición a aflatoxinas, plaguicidas, hidrocarburos. **Objetivo:** Encaminar los diagnósticos clínicos en base tanto a padecimiento comunes contemplando la posibilidad de padecimientos infrecuentes en los que sea necesario un estudio más minucioso y expedito debido a la naturaleza agresiva de algunos de ellos y dado que al no integrarse rápidamente ocasionan un mal pronóstico o la muerte. **Material y métodos:** Femenino de 13 años de edad la cual inicia su padecimiento actual hace 1 año con pérdida de peso, anorexia, astenia, adinamia, aumento de volumen abdominal a expensas de masa ocupativa a nivel de hipocondrio derecho extendiéndose hasta la mitad de flanco derecho 2 meses previos a su diagnóstico, con dolor a la palpación, tratada inicialmente a base de inhibidores de bomba y antiácidos sin mejoría, por lo que acude a este hospital en abril de 2008, presentó ictericia conjuntival desde el inicio del padecimiento actual, integración de diagnóstico incluso hasta la fecha actual. Se le realizaron estudios paraclínicos BC, QS, ES, PFH, PFR, EGO y alfafetoproteína, y fosfatasa alcalina sin alteraciones significativas, se solicita TC en fase simple con hallazgos de neoplasia de 10 x 10 cm con adenopatías retroperitoneales. Se programa para resección de neoplasia el día 17 de abril de 2008, extirpándose el 80% de la neoplasia, presencia de carcinomatosis intestinal. **Resultados:** Se refiere al Servicio de Anatomía Patológica para su estudio diagnosticándose carcinomahepatocelular tipo trabecular invasor con permeación vascular e infiltración neural. **Conclusiones:** La presentación de este caso en edades pediátricas de 10 a 15 años es poco común frecuente debe ser la realización de estudios examinados a la búsqueda de la citada neoplasia.

HEMANGIOENDOTELIOMA INFANTIL TIPO I: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Alethia Rubio Peña, Torres CL, Luna MJ, Mata QCJ, Cruz ZA, Serrano RP. Servicio de Cirugía. Hospital Central Sur PEMEX, México D.F.

Introducción: Aunque las metástasis de neuroblastoma, tumor de Wilms y linfoma son las neoplasias más frecuentes en niños, existen otras lesiones primarias que se presentan con alguna regularidad como son el hepatoblastoma, hemangioendoteloma infantil (HI), hamartomas mesenquimales, sarcoma embrionario indiferenciado y rhabdomyosarcoma de la vía biliar. El HE infantil es el tumor benigno del hígado más común en neonatos. La mayoría se presenta antes de los seis meses de edad y corresponde al 12% de todos los tumores sólidos en la población pediátrica. El HE hepático infantil se presenta como masa solitaria en el 55% de los casos y es múltiple en el 45%. Los tumores solitarios miden desde 0.5 hasta 13 cm de diámetro y pueden estar localizados en el lóbulo derecho o izquierdo del hígado en iguales proporciones. La presentación clínica usualmente incluye abdomen globoso secundario a hepatomegalia y falla cardíaca congestiva (25%) debido a la presencia de comunicaciones arteriovenosas de alto flujo, aumento de la presión de fin de diástole, hipertensión arterial sistémica, secuestro plaquetario con trombocitopenia secundaria (síndrome de Kasabach-Merritt). Otros síntomas menos frecuentes son ictericia, falla hepática y ruptura del tumor. En la radiografía de abdomen simple se puede observar hepatomegalia y calcificaciones. En la radiografía del tórax se aprecia cardiomegalia con o sin prominencia de la vasculatura pulmonar, así como signos de falla cardíaca congestiva. En la mayoría de los casos, la TAC es suficiente para realizar un diagnóstico específico del HE infantil. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de un paciente femenino de 5 meses de edad producto de un embarazo de término de 39 SDG, obtenido por cesárea por trabajo de parto prolongado y sufrimiento fetal que ameritó su ingreso a la UCI donde permaneció por 22 días por aspiración de líquido amniótico, con un peso al nacimiento de 4,050 g, talla 53 cm y Apgar 8/9. Inicia su padecimiento con fiebre de 38 °C, evacuaciones diarreas verdes, con moco y sangre y la presencia de una masa abdominal localizada en hipocondrio y mesogastrio derecho, irregular, de consistencia sólida, así mismo, se agregó vómito gastroalimentario, dificultad respiratoria con cianosis peribucal que requirió apoyo con fase I de ventilación. Es enviada a nuestra institución donde se inicia protocolo de estudio de masa abdominal. A la exploración se encuentra una masa sólida localizada en hipocondrio derecho y mesogastrio, de 10 x 10, fija a planos profundos, firme, no se palpan megalias. Los laboratorios de rutina son normales, incluyendo las pruebas de función hepática; se solicitan marcadores tumorales (gonadotropina coriónica 1.2, alfafetoproteína 8.05, CEA 9), la citología de moco fecal muestra leucocitos moderados, PMN del 90%. Dentro de los estudios de extensión, la radiografía de tórax muestra cardiomegalia. Se realiza TAC abdominal con IDX de hepatoblastoma vs hamartoma, así mismo, se realiza biopsia guiada por USG con trucut del centro y periferia de la lesión, que reporta aspecto heterogéneo y consistencia indurata en su centro, así como BAAF de ganglio inguinal derecho. Se envían a patología. La paciente ingresa a quirófano, encontrándose efectivamente una lesión dependiente de hígado, por lo que se realiza segmentectomía hepática abarcando lesión, de 13 cm en su diámetro longitudinal. La paciente evolucionó favorablemente, con suspensión del cuadro gastrointestinal, mejoría del cuadro respiratorio. El resultado final de patología fue hemangioendoteloma infantil tipo I. **Conclusiones:** La severidad de los síntomas es el principal determinante en el tratamiento del HE hepático infantil. Los pacientes con lesiones multifocales en falla cardíaca congestiva, son frecuentemente tratados con diuréticos y digitales. La resección quirúrgica para lesiones solitarias, aun en presencia de falla cardíaca congestiva, ha sido muy exitosa con una supervivencia del 92% en pacientes con resecciones localizadas o lobectomías hepáticas.

CA HEPÁTICO PRIMARIO

Carlos Oscar Chávez Vargas, Sánchez RN, Cerda CL, Viesca GJ, Pacheco GC, Garibaldi IM. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Tampico SSA, Cd. Madero, Tamaulipas

Introducción: De acuerdo a la epidemiología e incidencia del hepatocarcinoma, es una patología relativamente rara, reportándose una incidencia anual de 5 casos nuevos por 100,000 habitantes, considerándose a nivel mundial como uno de los cánceres más comunes y letales, reportándose dentro de los 10 cánceres más comunes mundialmente hablando. Presentando un rango de coexistencia con el virus de la hepatitis B y C de 13 al 73% y del 11 al 88% respectivamente. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 59 años de edad, la cual ingresa al Servicio de Urgencia con cuadro de dolor abdominal de 1 año de evolución de leve intensidad intermitente a nivel de hipocondrio derecho, sin irradiaciones, acompañado de náusea sin vómito, con periodos de remisión y exacerbación, exacerbándose hace 1 semana, caracterizado con aumento en la severi-

dad del dolor a nivel de hipocondrio derecho, acompañado de náusea y vómito de contenido gastrobiliar en 4 ocasiones. Se solicita ultrasonido el cual reporta una imagen sugerente de neoplasia dependiente de hígado lóbulo derecho de 10 x 10 cm, por lo que es valorada por el Servicio de Cirugía General y se ingresa a piso para continuar en estudio, se solicitaron exámenes de laboratorio de rutina así como TAC abdominal, concluyendo a la viabilidad del tratamiento quirúrgico, realizándose lobectomía hepática derecha, cursando con buena evolución durante el postoperatorio, dándose de alta al 7° día de postoperada. **Conclusiones:** Es para nosotros interesante reportar este caso debido a que es una patología relativamente rara en nuestro medio y que debido a la complejidad de la misma, así como a las exigencias técnicas que requiere el tratamiento quirúrgico del mismo, siendo este último el tratamiento de elección, la resección total, la que mejor pronóstico tiene, en comparación con resecciones parciales, radioterapia y/o quimioterapia.

LÓBULO HEPÁTICO ACCESORIO

Ulises Rodrigo Palomares Chacón, Pérez NJV, Anaya PR, González IJJ, Orozco CLF, López PBJ, Ruvalcaba COG, Preciado AN, Olvera FOE, Cervantes GM, Suástegui ZA. Servicio de Coloproctología. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Las anomalías anatómicas del hígado se clasifican como lóbulos hepáticos accesorios comunicados con el hígado nativo por una lengua de tejido hepático normal y tejido hepático heterotrófico o coristoma hepático sin conexiones vasculares biliares o parenquimatosas con el hígado nativo. El diagnóstico de esta heterotopia no es simple, en la literatura se describen 21 casos publicados, sólo en 2 oportunidades se ha establecido el diagnóstico preoperatorio mediante ecografía abdominal en un caso y tomografía axial computada en el otro. En ningún caso se estableció la imagen observada en ecografía o en la TAC como tejido hepático sino como una tumoración inespecífica. La causa del tejido hepático heterotópico es la migración aberrante del hígado durante el desarrollo embrionario. Los hallazgos histopatológicos en casos de heterotopia hepática incluyen parénquima normal, infiltración grasa, cirrosis y hepatocarcinoma, se ha reportado que habitualmente existen las mismas características o cambios histopatológicos en el hígado ectópico y el hígado nativo como la coexistencia de cirrosis. **Reporte del caso:** Se presenta el caso de una paciente femenina de 45 años de edad con diagnóstico inicial de probable enfermedad diverticular, con dolor de manera crónica en cuadrante superior derecho, estreñimiento ocasional, la paciente se ingresa a protocolo de estudio realizándose ecosonograma abdominal sin evidencia de lesiones, TAC abdominal en donde se localizaba tumoración abdominal de aprox. 6 cm a descartar dependiente de hígado vs tumoración en colon derecho, se realizan estudios contrastados como colon por enema con el cual se descarta la localización intestinal. La paciente se laparotomiza y se encuentra tumoración pediculada de aprox. 7 cm de diámetro dependiente de hígado, se realiza resección simple y se envía pieza reportando tanto macro como microscópicamente tejido hepático normal. **Conclusiones:** El adecuado estudio del paciente con alteraciones estructurales, agenesias o presentación de estructuras aberrantes hepáticas representa un reto para el clínico, así como amerita un reconocimiento y exige documentación para tratar de reconocer las variantes posibles y su correcto manejo.

QUISTE HEPÁTICO GIGANTE, REPORTE DE 2 CASOS HGR NO. 72 IMSS

Eric Alberto Mares Sánchez, Sol HM, Gómez LG, Domínguez VM. Servicio de Cirugía General. HGR No. 72 IMSS, México, D.F.

Introducción: Se clasifican en parasitarios y no parasitarios, la incidencia de estos últimos es de 0.15-0.5% en necropsias. Pueden ser únicos o múltiples, difusos o localizados, uniloculares o multiloculares. Se ha comunicado en todas las edades, edad promedio quinta década de la vida, más frecuente en la mujer 4:1. La mayoría de los investigadores han considerado el trastorno como congénito. En general, la pared es delgada y opalescente o transparente, y puede ser atravesada por muchos vasos sanguíneos dilatados. El contenido es un material claro acuoso o pardo-amarillento pero puede aparecer teñido de sangre. En aproximadamente 25% de los quistes hepáticos se puede esperar una comunicación con el árbol biliar. Los síntomas suelen estar relacionados con la presencia de una masa en crecimiento en el abdomen superior, acoplada con síntomas gastrointestinales vagos, masa abdominal, saciedad temprana, hepatomegalia y dolor abdominal e ictericia en ocasiones por compresión del colédoco. Las complicaciones son raras perforación, hemorragia e infección secundaria, torsión si tiene pedículo e ictericia. Estudios diagnósticos empleados Rx simple de abdomen mostrando elevación del diafragma, SEGd mostrando el desplazamiento de órganos como colon y estómago, USG visualizando una área anecoica, TC mostrando una lesión hipodensa. El diagnóstico diferencial se realiza con quiste hidatídico (eosinofilia y prueba de Caso-

ni), tumores primarios y METS. Los procedimientos quirúrgicos empleados son destechamiento, enucleación total, marsupialización, con o sin colocación de epiplón en su interior, drenaje interno a través de una asa en «Y» de Roux, drenaje externo, resección hepática o lobectomía. Cabe señalar la alta recidiva posterior al drenaje por punción guiada. **Reporte del caso:** Caso 1: Femenino de 17 años de edad en el cual presenta aumento de volumen en abdomen (epigastrio y mesogastrio) con manifestaciones gastrointestinales como dolor abdominal intermitente, saciedad temprana y en ocasiones estado nauseoso, teniendo pérdida de peso se solicita USG y TC (reportando imagen compatible con quiste de etiología no determinada), se realiza drenaje por punción drenando material amarillo-pardo 2,000 ml aprox., a los 3 meses hay recidiva por lo que se programa laparotomía exploradora realizando drenaje de quiste hepático gigante 2,500 ml, destechamiento amplio y marsupialización del borde; a los 6 meses no ha presentado recidiva, la sintomatología remitió en su totalidad. Caso 2: Masculino de 65 años de edad 1 año de evolución como hallazgo clínico aumento de volumen en cuadrante superior derecho y dolor de forma intermitente, Rx de abdomen reporta desplazamiento de colon en ángulo hepático y transversal hacia lado izquierdo, USG con reporte de lóbulo hepático derecho con múltiples imágenes quísticas se programa cirugía realizando destechamiento y marsupialización; como hallazgos quirúrgicos: quiste hepático 30 x 20 cm en lóbulo hepático derecho cara antero-inferior, drenó 3,600 ml, 2º quiste en cara antero-superior de 10 x 5 cm drenó 100 ml y un 3er quiste en cara posterior inferior de 20 x 10 cm drenando 1,500 ml no ha presentado recidiva posterior a un año de seguimiento. **Conclusiones:** Los quistes hepáticos tienen su indicación específica para decidir ser operados, siendo ésta la sintomatología, que está en relación al tamaño y localización del quiste; así como quiste complicado (hemorragia, perforación, infección, torsión o obstrucción de la vía biliar). Nosotros manejamos 2 casos de quiste hepático gigante sin recidiva realizando drenaje-destechamiento-marsupialización del margen del quiste. Es importante realizar diagnóstico diferencial para así proceder al manejo quirúrgico indicado. Pudiéndose realizar estudios pre y transoperatorios para este fin; como CPRE, colangiografía transcística transquirúrgica, biopsia pre o transoperatoria del quiste, y pruebas de función hepática normales.

176

QUISTE HEPÁTICO GIGANTE SECUNDARIO A TEXTILOMA ABDOMINAL. REPORTE DE UN CASO

Ricardo Granados Canseco, Servín TE, Angulo FA. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades CMN «La Raza» IMSS, México, D.F.

Introducción: La palabra textiloma es el término utilizado para describir el material textil quirúrgico olvidado en forma accidental dentro del cuerpo de un paciente. En México se desconoce su incidencia real, en algunos reportes de la literatura médica la frecuencia de éste es de 1/100-1/5,000 cirugías por año. En EUA se reportaron de 28.4 millones de procedimientos quirúrgicos, con 1,500 casos de textiloma en un año. Su incidencia subestimada es un grave problema de salud debido a las complicaciones que pueden presentarse, a pesar de las precauciones tomadas por los cirujanos. La mortalidad reportada para este padecimiento se encuentra entre el 10 al 17.6% debido a su retraso en el diagnóstico y tratamiento. El textiloma representa una posible complicación de cualquier tipo de cirugía: en cirugía abdominal (52%), cirugía ginecológica (22%), cirugía urológica y vascular (10%) y 6% en cirugía ortopédica. En la literatura médica se han descrito 2 tipos de respuesta hacia el cuerpo extraño. Uno es una reacción no específica en la cual se produce un estado exudativo y frecuentemente lleva a la formación de abscesos. Esta reacción inflamatoria causa síntomas tempranos y severos que pueden provocar fístulas, perforación y oclusión intestinal. La otra forma de presentación lleva a la formación de un granuloma aséptico, con reacción fibroblástica intensa y encapsulación completa del material extraño. En estos casos no se presentan signos o síntomas importantes por lo que puede pasar desapercibido por mucho tiempo antes de realizarse el diagnóstico.

Reporte del caso: Paciente masculino de 30 años de edad con el antecedente únicamente de LAPE a los 15 años por herida por arma de fuego con lesión en colon, hígado y riñón derecho. El cual acude por cuadro de un mes de evolución con dolor abdominal de moderada intensidad localizado en hipocondrio derecho sin relacionarse con la ingesta de alimentos, acompañándose de malestar general, saciedad temprana y sensación de pesantez en hipocondrio derecho, por lo que acude a médico particular quien realiza TC con reporte de hematoma hepático que comprime y deforma lóbulo derecho hepático por lo que se envía a nuestro servicio. Se realiza LAPE encontrándose abundantes adherencias en cavidad abdominal y a nivel pared-hígado, se identifica lesión quística en región posterosuperior de hígado a nivel de segmentos 7 y 8, firmemente adherida a cápsula hepática, diafragma y parrilla costal, por lo que se decide realizar segmentectomía y resección de quiste hepático, obteniéndose tumor quístico hepático de aproximadamente 30 x 20 cm de ancho, de superficie lisa, paredes engrosadas, de aproximadamente 1.5 kg de peso. El paciente requirió de empaquetamiento de lecho hepático, con posterior desempaquetamiento sin complicaciones. El resultado de pato-

logía reportó como diagnóstico definitivo textiloma por un cuerpo extraño tipo compresa quirúrgica. **Conclusiones:** En el caso de este paciente la reacción histológica provocó un encapsulamiento que por su localización y tiempo de evolución confundieron su diagnóstico inicial además de que dificultó el procedimiento quirúrgico para su extirpación. El textiloma es una rara pero prevenible condición iatrogénica, que provoca un dilema en su diagnóstico y una probable costosa intervención quirúrgica. El tratamiento es quirúrgico con remoción del material extraño, y desbridamiento. La detección precoz es esencial en el postoperatorio y éste depende de los radiomarcadores del material quirúrgico, medida que posibilita el diagnóstico a través de una radiografía simple y permite al cirujano la remoción quirúrgica del cuerpo extraño antes de que haya fibrosis extensa y reacciones adherenciales. El diagnóstico temprano previene el desarrollo de complicaciones serias en los pacientes.

177

QUISTE HEPÁTICO GIGANTE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Verónica Zavala Franco, Neri R, Sol M, Gómez de la T, Aranda, Kushida CB, Albores RN, Olivos SC. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional «La Raza» IMSS, México, D.F.

Introducción: Se clasifican en parasitarios y no parasitarios. La incidencia de los quistes hepáticos no parasitarios (QHNPs), es de 0.15-0.5% en necropsias. Más frecuentes en mujeres 4:1 entre 40 y 50 años. Etiología: QHNPs secundarios a lesiones inflamatorias, neoplásicas o traumáticas. El tratamiento se dirige hacia los quistes de mayor tamaño que son causa de la sintomatología. Cirugía abierta: Destechamiento del quiste, enucleación total del quiste, marsupialización del quiste con o sin colocación de epiplón mayor en su interior, Drenaje interno a través de un asa intestinal hacia el quiste con técnica de Y de Roux, drenaje externo, resección hepática o lobectomía. Cirugía laparoscópica: fenestración laparoscópica. Complicaciones: obstrucción biliar, sepsis, torsión de su pedículo, hemorragia intraquística, ruptura del quiste en el sistema canalicular biliar o peritoneal libre con hemorragia a la cavidad y degeneración neoplásica. **Reporte del caso:** Caso clínico: Masculino, 65 años. Evolución 1 año, hallazgo clínico aumento de volumen en cuadrante superior derecho, en radiografía de abdomen reporta desplazamiento de colon en ángulo hepático y transversal hacia el lado izquierdo. USG de hígado y vías biliares con reporte de lóbulo derecho hepático, con múltiples imágenes quísticas. Lóbulo izquierdo desplazado a la izq. Laparotomía exploratoria, resección de tres quistes hepáticos, destechamiento y marsupialización, hallazgos quirúrgicos: quiste hepático de 30 x 20 en lóbulo hepático derecho cara antero-inferior, drenó 3,600 cc, segundo quiste lóbulo izquierdo cara antero-superior de 10 x 5, drenó 100 cc, tercer quiste de lóbulo derecho cara postero-inferior, de 20 x 10 drenándose 1,300cc. **Conclusiones:** Usualmente, los QHNPs son asintomáticos y no requieren tratamiento, pero algunos poseen características clínicas significativas que son indicativas de intervención quirúrgica. Son escasos los reportes en la literatura de los quistes hepáticos de origen no parasitario. Habitualmente son asintomáticos. En el presente caso hacemos resaltar la identificación de tres quistes gigantes a nivel hepático en un paciente además de sexo masculino. Por el volumen que ocupan, se presentan datos clínicos de compresión abdominal. En este caso la cirugía realizada estuvo encaminada a eliminar el espacio que ocupan los quistes para mejorar la dinámica de los órganos abdominales.

178

QUISTE HEPÁTICO SIMPLE

Alexander Segovia Molinas, Salado RE, Villagrán VV, De La Fuente LM, Romero PR, González AJ, Martínez OC, Morinelli AA, Silva MR. Servicio de Gastrocirugía. Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS, México, D.F.

Introducción: Los quistes hepáticos se dividen de acuerdo a su etiología en infecciosos (piogénicos, amibianos o hidatídicos), congénitos (simple, poliquístico), neoplásicos (cistadenoma, cistadenocarcinoma) y traumáticos. El quiste hepático simple tiene una incidencia de 2.5-2.8%, se presenta en mayores de 40 años (92%), con predominio por el sexo femenino de 1.5:1. Se cree tienen su origen en el desarrollo anormal de los conductillos biliares intrahepáticos, su crecimiento es lento con síntomas a edad avanzada. Los síntomas de presentación son dolor abdominal o efecto de masa en el 50% de los casos, mayormente entre la 4ª y 5ª décadas, el 80-95% de los pacientes cursan asintomáticos. **Reporte del caso:** Masculino de 58 años, alérgico a metronidazol, vitiligo desde la infancia, diabetes mellitus en manejo con hipoglucemiantes orales, hipertensión arterial sistémica, resto negado. Padecimiento de un mes de evolución con dolor abdominal en hipocondrio derecho intenso que se irradiaba a todo el abdomen, acompañado de hipertermia, ictericia, acolia y coluria, tratado con esquema de quinolonas, con mejoría parcial remitiendo el cuadro icterico y persistiendo solamente el dolor. Exploración física sin datos de importancia. Se realiza ultrasonido abdominal con re-

porte de lesión anecoica de tipo quístico en hígado, sin dilatación de la vía biliar. Tomografía axial computada con reporte de lesión hepática en nivel I en estrecha relación al tronco celiaco, desplaza la vía biliar extrínseca. Resonancia magnética sin alteraciones. Se realiza resección de quiste hepático de 8 x 10 cm en segmento hepático I y colecistectomía. **Conclusiones:** El tratamiento se divide en aspiración y escleroterapia, resección abierta (parcial o completa) y laparoscópica (parcial o completa). El éxito se encuentra basado en la remisión de la sintomatología más que en desaparición de la lesión. La aspiración se asocia a un nivel de recurrencia del 100% a los dos años además del riesgo de infección; si se agrega escleroterapia la recurrencia se presentará en un 17%. La resección total o destechamiento abiertos presentan una recurrencia del 0-20% respectivamente con mortalidad del 0-5%. La resección o destechamiento por laparoscopia tienen una recurrencia del 10% con una morbilidad notablemente menor así como la estancia hospitalaria, sin embargo sólo es útil en lesiones de fácil acceso. El caso expuesto se refiere a una lesión en segmento I, cuyo acceso ameritó disección del omento menor; la compresión de la vía biliar común con la consecuente colangitis transitoria no es una presentación común de esta patología sin embargo fue el dato pivote que permitió dar con el diagnóstico tras estudios de extensión. La íntima relación con el tronco celiaco y sus ramas hepáticas y gástrica izquierda fueron determinantes en la elección de la técnica quirúrgica.

179

QUISTE HEPÁTICO RECIDIVANTE COMPLICADO

Ligia Itziar Del Ángel Suárez, Romero PR, Peña HFJ, Brito TI, González J, Alarcón O, Villagrán VVL, De La Fuente LM. Servicio de Gastrocirugía. HE CMN SXXI IMSS, México, D.F.

Introducción: Los quistes hepáticos se clasifican en parasitarios y no parasitarios. Los quistes no parasitarios constituyen una entidad conocida desde el siglo pasado. Los quistes hepáticos pueden ser congénitos o adquiridos, metastásicos, parasitarios y de origen ductal. Se ha estimado que hasta el 5% de la población puede tener uno o más quistes sin presentar sintomatología. Las indicaciones de tratamiento quirúrgico son el desarrollo de síntomas relacionados a los quistes (dolor, saciedad y disnea) o complicaciones (sangrado e infección). **Reporte del caso:** Paciente femenino de 44 años, con antecedentes de hepatitis A hace 22 años, diabetes mellitus 2, alérgica a clonixinato de lisina, medio de contraste, metamilid, ciprofloxacino, amoxicilina; histerectomía, colecistectomía abierta, destechamiento de quiste hepático complicado con fístula enterocutánea que ameritó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en 4 ocasiones con colocación de endoprótesis sin mejoría; drenaje de quistes hepáticos infectados con cistoyunoanastomosis en Y de Roux. Múltiples internamientos por fiebre y dolor abdominal, diagnosticando infección de vías urinarias recurrente. Inicio su padecimiento con fiebre de 1 mes de evolución, de predominio nocturno, cuantificada en 38 °C, con diaforesis y escalofríos, síntomas que cedían con la ingesta de antipiréticos, se acompañó con dolor abdominal localizado en cuadrante superior derecho y lumbar irradiado a ambas escápulas, sin otra sintomatología; además presentó salida de material purulento a través de orificio localizado en hipocondrio derecho. A la exploración física con taquicardia, diaforesis, ruidos cardíacos taquicárdicos, campos pulmonares sin alteración, abdomen con múltiples cicatrices, con orificio localizado en hipocondrio derecho con salida de material purulento, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal, extremidades sin alteración. Laboratorios: leucocitos 11.3, hemoglobina 12.7, bilirrubina total 0.63, TGO 46, TGP 75. Radiografía de tórax con elevación de hemidiafragma derecho. Ecografía abdominal: con presencia de quistes hepáticos complicados en lóbulo izquierdo, realizando drenaje de absceso guiado por tomografía computada obteniendo 910 ml de material purulento fétido; posteriormente se realiza colangiografía con hallazgo de estenosis de la anastomosis biliodigestiva, con afección de conducto hepático izquierdo y dilatación severa de ramas distales. Se decide su intervención quirúrgica realizando hepatectomía izquierda con hallazgo de quiste hepático de 20 por 15 cm, con líquido biliar purulento, cistoyunoanastomosis estenotizada y múltiples adherencias. La paciente evolucionó satisfactoriamente y es egresada del servicio. **Conclusiones:** Los quistes hepáticos congénitos pueden ser únicos o múltiples, o distribuirse difusamente en el parénquima hepático («poliquistosis hepática»), entidad de transmisión autosómica dominante en la mayoría de los casos. Los quistes congénitos son las lesiones más frecuentes del hígado, siendo la mayoría asintomáticos y no requiriendo tratamiento. Las complicaciones intraquísticas (hemorragia, infección) ocurren en menos del 5% de los casos. La infección espontánea de los quistes se produce por vía hematogénica, siendo el germen más frecuente *Escherichia coli*. La malignización del epitelio de revestimiento es excepcional. En los casos sintomáticos o complicados, el tratamiento puede realizarse por vía percutánea o quirúrgica. En los quistes infectados el tratamiento de elección es el drenaje percutáneo asociado a antibioterapia sistémica, sin embargo cuando las condiciones clínicas de los pacientes no mejoran el paso a seguir es la cirugía.

MÓDULO: INFECCIONES Y SEPSIS EN CIRUGÍA

180

GANGRENA DE FOURNIER Y SOLUCIONES DE ELECTROSELECTIVIDAD IÓNICA

Armando Contreras Arellano, Pérez HN, Contreras AA, Navarrete GD, Núñez MM, Tort MA, Contreras AA, Licona OJ. Servicio de Cirugía General. Hospital 1° de Octubre ISSSTE, México, D.F.

Introducción: Padecimiento inicialmente descrito por Baurienne en 1764 y posteriormente A. L. Fournier en 1883 como un proceso gangrenoso de causa desconocida; recibió distintos nombres tales como: gangrena idiopática, erisipela gangrenosa y gangrena estreptocócica del escroto fasciitis necrotizante sinérgica del área genital de inicio abrupto que produce trombosis de la microvasculatura subcutánea por una endarteritis obliterativa, secundaria a una diseminación bacteriana que conlleva a necrosis y gangrena del tejido subyacente. La gangrena de Fournier es una entidad de etiología polimicrobiana y en promedio se aíslan cuatro microorganismos diferentes, aerobios o anaerobios, causadas por bacterias aerobias y anaerobias, con mortalidad de hasta más del 20%. **Reporte del caso:** Se presentan 5 casos de gangrena de Fournier, masculinos de entre 16 a 70 años de edad, ≥ 53.6 , cuatro pacientes (80%) diabéticos de 10 años promedio de evolución, y uno (20%) con antecedente de inmunosupresión por quimioterapia secundaria a osteosarcoma, además de mets hepáticas. Se les realizó de una a cinco debridaciones en quirófano, con tiempo de estancia hospitalaria de 20 a 55 días, con cultivos positivos a *Staphylococcus epidermidis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *E. coli*, *Proteus mirabilis*, durante los lavados y debridaciones se utilizó solución de electroselectividad iónica de pH neutro en fase líquida y semilíquida. ((HClO / ClO) 4.0-8.0 mg, (ClO₂) 0.7 mg, (NaCl) 4.3 mg, (H₂O₂) 0.05 mg, (O₃) 0.05 mg) de dos a tres veces al día por 20 a 55 días (media de 35) hasta el momento de sus injertos o colgajos. A dos de los pacientes (20%) se les realizó colostomía en asa. Dos pacientes, se asoció a abscesos perianales. **Conclusiones:** Todos los pacientes fueron manejados con solución antiséptica de electroselectividad iónica en fase líquida y semilíquida sin complicaciones aparentes, con buena evolución. Se presentó una defunción (20%), asociado al proceso neoplásico *per se*. El uso de soluciones de electroselectividad iónica con pH neutro en el manejo de gangrena de Fournier caracterizada por la infección polibacteriana, ha demostrado en nuestra serie de casos excelente efectividad, con buen control del proceso infeccioso. Como ventajas básicas del uso del agua superoxidada se tienen las siguientes: Amplio espectro antimicrobiano: Bacterias, virus, hongos; bajo costo de los elementos requeridos para su obtención (solución salina y electricidad); baja o nula capacidad de causar daño tisular; carencia de efecto notable sobre los materiales desinfectados; efecto ambiental insignificante.

181

GANGRENA DE FOURNIER TRATADA CON TERAPIA DE APÓSITOS: REPORTE DE UN CASO

Hanzel López Moraila, Pardo CR, Barrera DJM, Cuadras VO, Basa NG, Olivares BD, Gómez EMA, Espinoza ML, Hernández MN. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México SSA, México, D.F.

Introducción: La gangrena de Fournier es una infección genital grave cuyo propósito vital depende en gran medida de un diagnóstico precoz. su importancia radica en la elevada mortalidad que alcanza entre un 3 a 67%. Con frecuencia se presenta en pacientes de edad avanzada y portadores de patología crónica. Se presenta el caso de un paciente que acude a urgencias donde se diagnostica como gangrena de Fournier con afectación escrotal manejado inicialmente con lavado mecánico y desbridamiento y posteriormente con terapia de apósitos con resultados de disminución considerable de la estancia intrahospitalaria. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 32 años de edad con antecedente de VIH positivo el cual inició su padecimiento dos semanas previas a su ingreso con estreñimiento acompañado de dolor punzante en periné, con eritema y aumento de volumen, acude con facultativo realizándose colonoscopia detectando tumoración a nivel rectal, se toman biopsias con diagnóstico de proctitis por lo que se solicita TAC la que reporta sólo inflamación perianal y escroto, hiperemia e hipertermia de la región, con induración a nivel de rafé escrotal de aproximadamente 10 x 10 cm. Se punciona en Servicio de Urgencias obteniendo material purulento y se decide realizar lavado mecánico y debridación en dos ocasiones dejando herida de aproximadamente 5 cm de profundidad por 6 cm de longitud, manejándose antibióticos de amplio espectro y posteriormente agregándose terapia de apósitos de cloruro de diaquilcarbamilo (DACC) resultando mejora considerable y presencia de tejido de granulación al cuarto día de aplicación del parche, egresándose al 11vo día de estancia intrahospitalaria, con disminución considerable del tamaño de la herida favorable para el cierre secundario el cual se realizó al mes sin complicaciones. **Conclusiones:** La gangrena de Fournier es una fasciitis infecciosa de la región perianal, genital y/o perineal que se caracteriza por la trombosis de los vasos

subcutáneos con el resultado del tejido comprometido. En cuanto a la etiología se han descrito las causas urogenitales como las más frecuentes (45%) seguidas por las causas anorrectales (33%) y las cutáneas (21%). Dentro de las causas anorrectales destacan las secundarias a abscesos isquiorrectales, perianales e interesfinterianas, especialmente cuando son tratados en forma deficiente; también se han descrito como complicación de procedimientos quirúrgicos como la hemorroidectomía o la biopsia de la mucosa rectal. Las manifestaciones clínicas principalmente son dolor, aumento de volumen y eritema asociados a fiebre. El diagnóstico es 100% clínico aunque hay exámenes de gabinete que ayudarían en algunos casos de duda diagnóstica. El tratamiento de esta patología se basa en tres pilares que son: la estabilización metabólica, antibiotioterapia y el urgente desbridamiento quirúrgico. Los defectos dejados por la remoción de tejidos necróticos pueden ser manejados en forma conservadora utilizando algún tipo de cobertura cutánea. El uso de nuevas terapias coadyuvantes para manejo de heridas infectadas como en este caso el apósito DACC una sustancia altamente hidrófoba derivado de un ácido graso por lo cual la mayoría de las bacterias se adhieren a él ya que poseen propiedades similares que ocasionan la limpieza de la herida e inician el proceso natural de cicatrización. En este caso observamos una disminución significativa de los días de estancia intrahospitalaria (11 días), realizando cierre de herida al mes por segunda intención sin complicaciones.

182

GANGRENA DE FOURNIER. DESBRIDACIÓN Y CIERRE DE SEGUNDA INTENCIÓN CON APLICACIÓN DE MIEL VIRGEN

Sergio Salvador Chávez Acevedo, Cruz LN. Servicio de Cirugía General Hospital Integral de Nuevo Ideal Durango SSA, México, D.F.

Introducción: Jean Alfred Fournier en 1883 reportó su experiencia con 5 pacientes, a quienes documentó un tipo de gangrena fulminante inexplicable en genitales masculinos. La gangrena de Fournier es reconocida como una fascitis necrotizante de característica polimicrobiana y puede comprometer el periné y los genitales, en el 95% de los casos su etiología puede ser identificada. La patología desencadena una endarteritis obliterante cuya traducción clínica, macroscópica, a nivel cutáneo será siempre menor que la magnitud real de la lesión que se está produciendo en los tejidos más profundos. La presencia de bacterias anaerobias trae consigo la producción de gases (nitrógeno e hidrógeno) que provocan la crepitación de la zona, cuestión que se presenta hasta en un 85%. El foco puede estar localizado en el tracto genitourinario inferior, los tejidos blandos de la región y la piel genital. La progresión es rápida (1.5 cm/hora) a través de las fascias regionales y toxicidad sistémica. De igual forma tiene un cuadro grave que debe tenerse en cuenta sobre todo en pacientes con factores de riesgo como la edad, la diabetes, el alcoholismo, los traumas e infecciones urológicas interrecurrentes constituyendo diversos factores predisponentes. Su diagnóstico precoz es de vital importancia para un tratamiento rápido y eficaz así con antibiotioterapia de cobertura polimicrobiana, aseos necesarios en pabellón y un equipo multidisciplinario con vistas a evitar el progresivo deterioro de funciones elementales y la consiguiente mortalidad. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 56 años no se sabía diabético con historia de 7 días de presentación de una lesión escrotal de aproximadamente 1 centímetro de diámetro sin causa aparente que sólo causaba prurito y que evolucionó al aumento de volumen, dolor y fetidez, motivo por el cual acude al Servicio de Urgencias del Hospital General de Cuernavaca. En la exploración física se observaba eritema y edema del prepucio, en escroto se encontró con gran aumento de volumen con zonas necróticas difusas y perineales y fetidez. A la palpación se apreciaba tumefacción con crepitación escrotal e induración renitente en zona perineal, al tacto rectal sin alteraciones, en el estudio complementario se objetivó leucocitosis de 30,000 y glucemia central de 440 mg/dl. Se maneja inmediatamente al paciente con hidratación control metabólico, cefalosporina de tercera generación y metronidazol endovenoso se normó conducta quirúrgica inmediata con desbridamiento extenso del tejido necrótico, amplio drenaje y lavado quirúrgico de la zona, se dejaron expuestos ambos testículos. Se dejó catéter epidural para curaciones en cama controlada por el Servicio de Anestesiología se realizaban 2 aseos diarios con solución salina y jabón quirúrgico y aplicación de miel virgen diariamente hasta que se integró tejido de granulación y se pudo manejar en forma ambulatoria a las 3 semanas hasta su cierre por segunda intención visto en la consulta externa cada semana evolucionando favorablemente. **Conclusiones:** En la gangrena de Fournier el pronóstico es incierto, dependiendo del estado previo del paciente y de la demora de la intervención quirúrgica y del tratamiento antibiótico. Es generalmente de inicio súbito pero de progresión fulminante. La mortalidad es bastante significativa, del 3 al 76% según las series, siendo el denominador común la sepsis. Los factores que aumentan la mortalidad son: origen anorrectal, edad avanzada (mayores de 60 años), diabetes mellitus, gran extensión de las lesiones necróticas (sobre todo si está afectado el abdomen), fallo renal, retraso del tratamiento y hemocultivos positivos. La infección es causada por una flora polimicrobiana en todos los pacientes, con gérmenes anaerobios y aerobios; el

germen generalmente más aislado fue *E. coli* seguido de *Bacteroides*; otros gérmenes fueron *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterobacter* y *Clostridium*. El tratamiento quirúrgico debe ser precoz y agresivo y deben desbridarse amplias áreas de tejido y tratamiento antibiótico esto puede mejorar el pronóstico que en sí es incierto en un inicio. El uso de colostomía es bastante discutido independizándose de cada caso en relación a la gravedad. La miel virgen en la curación de heridas agudas está bien documentada favoreciendo la granulación y controlando la infección localmente. Se puede decidir por el cierre por segunda intención, sin embargo requiere más tiempo de curación, se puede recurrir al cierre con injertos libres o plástias, de acuerdo con el tamaño y la localización del defecto.

183

MANEJO DE LA GANGRENA DE FOURNIER EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETRÓLEOS MEXICANOS

Antonio Torres Trejo, Sánchez MR, Márquez EC, Vistrain AR, Gaytán FOF. Servicio de Cirugía General. Hospital Central Norte PEMEX, México, D.F.

Introducción: La gangrena de Fournier (GF) es considerada como una fascitis necrotizante progresiva, el síndrome de Fournier puede afectar a la pared abdominal, genitales, periné e incluso a la pared torácica. La erradicación del agente infeccioso a través del manejo antibiótico así como la resección del tejido desvitalizado son fundamentales para su tratamiento. Su mortalidad varía entre el 9 y el 40%, aumentando considerablemente por las patologías asociadas del paciente. Su pronóstico depende del diagnóstico oportuno y un tratamiento agresivo. Los apósitos son protección contra material extraño y bacterias, absorben el exudado, previenen tanto el calor excesivo como la pérdida de fluidos, minimizan el edema y el espacio muerto por compresión, crean un ambiente húmedo y tibio para maximizar la epitelización y minimizan el dolor. Otra modalidad es el uso de la presión negativa tópica (PNT) entre los que encontramos al VAC® y cuyo mecanismo de acción se basa en la presión subatmosférica. La PNT induce microdeformaciones tisulares con aumento de la mitosis celular, estimula la angiogénesis para formar capilares, incrementa la migración de factores de crecimiento para formar fibras de colágena, estimula al factor inhibidor de la mieloperoxidasa 1, aumenta el flujo sanguíneo local, la reducción del edema y la proliferación celular, reduce la carga bacteriana, afronta los bordes e incrementa la perfusión tisular por inactivación de la autorregulación capilar. **Objetivo:** Dar a conocer nuestra experiencia en el manejo de la gangrena de Fournier. **Material y métodos:** Se admitieron a 6 pacientes con gangrena de Fournier de noviembre 2006 a enero de 2008 en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos. Las variables fueron: edad, etiología, inicio de los síntomas, cultivos, índice de severidad de la (GF) al ingreso, estancia intrahospitalaria (EIH), tratamiento como externo, tratamiento antibiótico, factores predisponentes, número y duración de los lavados y costo total promedio. Sumado al manejo tradicional, se utilizaron apósitos de alginato de calcio/sodio; y un caso se manejó con PNT desde su inicio. Se dio seguimiento por Clínica de Heridas, usando apósitos con plata hasta el cierre secundario de la herida quirúrgica. Se continuó PNT ambulatoria en el caso arriba mencionado. **Resultados:** Los resultados promedio fueron los siguientes: Cinco pacientes padecían DM tipo 2, uno de ellos con HAS e IRC asociadas, otro con HAS únicamente. Una edad de 54.4 años. El índice de severidad de la (GF) de 5 puntos. La estancia intrahospitalaria (EIH) de 2.04 semanas. El tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento fue de 10.4 días. El tratamiento externo de 17.2 semanas, con una duración total del tratamiento de 19.55 semanas, con 4.75 lavados quirúrgicos y una duración de 68.6 minutos por cada uno. Finalmente, un costo total promedio de \$ 111,360.33 por paciente. Caso manejado con apósitos: Masculino de 64 diabético. Ingresó con diagnóstico de síndrome de Fournier por absceso perianal. Se desbrida, se realiza colostomía y lavados quirúrgicos, curaciones diarias y doble esquema antibiótico. Se egresa del servicio. Continúa su control como externo con cambios de apósito de plata. A las 7.8 semanas se cambió apósito de plata por uno de carboximetilcelulosa hasta su alta definitiva. Caso manejado con PNT: Femenino de 60 años, diabética. Ingresó con el diagnóstico de síndrome de Fournier por absceso isquiorrectal. Se realiza lavado, desbridación y apoyo con antibiótico de amplio espectro. Se coloca el sistema de PNT con un total de 6 cambios intrahospitalarios y 5 extrahospitalarios cada 3er día hasta su egreso. Duración total del tratamiento: 4.6 semanas. Costo total del tratamiento: \$ 102,793.00. **Conclusiones:** El manejo protocolizado de los pacientes con gangrena de Fournier tratados en nuestra institución, con manejo antibiótico, desbridaciones, el uso de la terapia húmeda y la presión negativa tópica son una opción segura y económica, que permite la reintegración del paciente a sus actividades realizadas antes de la enfermedad.

184

INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE FOURNIER EN EL HOSPITAL GENERAL DE TAMPICO ESTUDIO RETROSPECTIVO DE DOS AÑOS

Alejandro Trujillo Rodríguez, Viesca GJJ, Pacheco C, Garibaldi M, Ríos K, Chávez C, Mar CR, Cerda CL. Servicio de Cirugía. Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco SSA, Cd. Madero, Tamaulipas

Introducción: La gangrena de Fournier es una infección necrosante subcutánea de origen urogenital o anorrectal, que afecta a la zona genital, perineo y pared anterior del abdomen en la que están implicados gérmenes aerobios y anaerobios. Es una enfermedad poco frecuente, pero potencialmente letal. Se revisó la incidencia en el Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco, así como la incidencia de su mortalidad. **Objetivo:** Demostrar la incidencia de ingresos hospitalarios de fascitis necrotizante de Fournier y sus principales factores de riesgo. **Material y métodos:** Estudiamos de forma retrospectiva 8 casos de gangrena de Fournier, desde 2006 al 2008. En la recogida de datos figuran: filiación, edad y sexo, antecedentes patológicos, factores predisponentes, clínica, tratamiento médico y quirúrgico, gérmenes, antibioterapia, estancia, ingreso en UCI y resultados. **Resultados:** Todos los pacientes eran varones, con una edad media de 65 años. La mayoría tenía importante patología orgánica de base y presentaba factores predisponentes, destacando la diabetes mellitus (4 casos), traumatismo craneoencefálico con secuelas (1 caso), HIV (1 caso), idiopático (2 casos). La etiología fue: absceso perianal (2 casos), enfermedades genitourinarias (4 casos), idiopática (1 caso) y traumatismo (1 caso). La clínica fue similar, con una zona de celulitis inicial, con dolor local en el escroto y posterior diseminación perineal, con crepitación y cuadro febril. Todos presentaban leucocitosis franca. En todos los pacientes se instauró antibioterapia y se realizó desbridamiento en una o varias sesiones, así como medidas de soporte metabólico y nutricional. El germen más aislado fue *E. coli*, seguido de *Bacteroides*. En la antibioterapia destaca el uso de acefalosporinas y clindamicina o metronidazol. La estancia media fue de 12 días. Fallecieron 1. **Conclusiones:** La gangrena de Fournier es una enfermedad de alta morbimortalidad, especialmente en pacientes mayores, con factores predisponentes como diabetes y alcoholismo y cuya causa desencadenante es una enfermedad perirectal o urogenital, que no ha sido tratada correctamente. El pronóstico es incierto, llegando nuestra serie a una mortalidad del 40%, por lo que el diagnóstico precoz y la terapéutica temprana y agresiva son esenciales (desbridamiento quirúrgico, antibióticos de amplio espectro y cuidados intensivos).

185

INFARTO MUSCULAR EN DIABETES MELLITUS

José Luis Elizondo Hinojosa, Vergel RG. Servicio de Cirugía General. Hospital Servicios Médicos del Municipio de Monterrey, Monterrey, Nuevo León

Introducción: El infarto muscular en pacientes diabéticos (IMDM) es una complicación rara de la diabetes mellitus. Fue descrito por primera vez en 1965 y se han reportado 60 casos en la literatura médica. Se presenta con mayor frecuencia (80%) en pacientes con diabetes mellitus insulino dependientes de larga evolución, el 85% tienen complicaciones microvasculares como nefropatía o retinopatía. No existe predilección por sexo y afecta individuos con una edad media de 41.5 años. **Reporte del caso:** Masculino de 50 años con diabetes mellitus de 10 años de evolución en tratamiento con insulina N aplicándose 20-20-15 Uds en 24 horas sin otros antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Inicia su padecimiento con dolor en cara posterior de muslo derecho de 15 días de evolución irradiado a pierna, de inicio insidioso, en reposo, constante, tipo ardoroso, intenso, agravado al movimiento y sin atenuantes. Niega fiebre, sin eritema o edema de muslo derecho. A la exploración física se observa miembros pélvicos eutróficos, fuerza 5/5, sensibilidad aumentada en cara posterior de muslo, arcos de movimiento adecuados, dolor a la Lasague (+) derecho, pulsos poplíteo y pedio (+++/+++), llenado capilar distal de 2"; se palpa masa dolorosa, mal definida, profunda, consistencia blanda, fija en cara interna de muslo derecho, sin edema, ni hipertermia localizada. Después de ser manejado como contractura muscular, neuropatía diabética sin resultados al tratamiento se evidencia la lesión por medio de ecografía Doppler y se procede a la resección quirúrgica encontrando mionecrosis de espesor parcial en tercio medio de músculo recto interno del muslo, aprox. 500 ml de material purulento la fascia profunda del compartimiento posterointerno. **Conclusiones:** Es importante tomar en cuenta el IMDM como una posibilidad diagnóstica en tumoraciones de tejidos blandos en que no se presentan síntomas sistémicos, sin signos locales de infección y ausencia de alteraciones cutáneas como eritema o gangrena. Debe diferenciarse de neoplasias, vasculitis, trombosis venosa profunda, abscesos de tejidos blandos, piomiositis y fascitis necrotizante.

186

FASCITIS NECROTIZANTE DE CUELLO: A PROPÓSITO DE UN CASO
Luis César Córdoba Cortés. Servicio de Cirugía General. Hospital General Querétaro GDF, México, D.F.

Introducción: La fascitis necrotizante corresponde a una infección bacteriana de los tejidos blandos caracterizada por necrosis difusa y rápida y progresiva del celular subcutáneo y sistema músculo aponeurótico acompañado de un acentuado compromiso séptico sistémico. El cuadro es causado por especies como *Streptococcus* especialmente por el *Streptococcus B* hemolítico grupo A (SBHGA), y *Staphylococcus aureus*, siendo

considerados éstos como patógenos primarios, sin embargo en la mayoría de los casos la infección es polimicrobiana, incluyendo a los microorganismos anaerobios. A pesar de ser una patología de baja incidencia su importancia está dada por la gravedad del cuadro, con una elevada tasa de mortalidad. Ésta de acuerdo a varias series fluctúa entre 40 y 80%. Además de las secuelas estéticas y funcionales. La presencia de gas, descrito como un signo que otorga el diagnóstico de certeza al cuadro está presente en sólo el 64% de los casos, relacionándose con la participación de anaerobios. **Reporte del caso:** Masculino de 67 años de edad. Hace 7 días previos a ingreso cursa con cuadro de IRA sin manejo médico. Inicia 2 días posteriores en región supraclavicular derecha con eritema mal definido, hipertermia local y dolor a la rotación de la cabeza hacia el lado afectado, se acompaña de malestar general y odinofagia. Ingresa a urgencias con diagnóstico de absceso de cuello y es manejado ambulatoriamente. Reingresa a los 5 días con presencia de enfisema y necrosis en dicha zona requiriendo desbridamiento quirúrgico hasta la región anterolateral de tórax y región posterior de cuello derecho y traqueostomía. Manejado en UCI por sepsis y lavados quirúrgicos periódicos. A los 6 días de ingreso, la debridación incluía cuello tórax anterior y 90% del abdomen en su cara anterior. El paciente fallece a los 8 de su ingreso. **Conclusiones:** Desde el año de 1980 se han descrito un aumento en la incidencia de las fascitis necrosantes en todas las localizaciones, incluyendo cabeza y cuello. Además si bien existen factores de riesgo para el desarrollo del cuadro, tales como diabetes, alcoholismo, cáncer, desnutrición, inmunosupresión y otros, se ha observado un mayor número de casos en individuos jóvenes sanos, sin historia de cirugía sin traumatismo reciente, por ello el caso expuesto se considera no claro. La infección polimicrobiana es lo habitual en el caso de nuestro paciente el resultado fue sin crecimiento. Esto ocurre habitualmente por el uso de antibióticos. Cabe destacar que en gran número de casos no se determina la puerta de entrada porque el foco primario al momento de ingreso se ha resuelto. La falla orgánica, sepsis y muerte se justifican por la liberación de toxinas procedentes del cuadro local.

187

ABSCESO TORÁCICO: MANEJO CON MATERIAL ADSORBENTE

Denisse Hernández Cervantes, Pardo CR, García AJ, Hernández TL, Rangel HV. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México SSA, México, D.F.

Introducción: Las infecciones de la pared torácica, suelen ser secundarias a intervenciones quirúrgicas y, más raramente a traumatismos con contaminación directa. Su diagnóstico diferencial se hace con entidades como absceso piógeno y afectación neoplásica de la pared torácica. Se presenta un caso en un paciente inmunodeficiente debido a diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), presenta un absceso de pared torácica. **Reporte del caso:** Masculino de 53 años con alcoholismo positivo desde los 25 años. Tabaquismo negado. DMT2 de 8 años de diagnóstico tratado glibenclamida y metformina. Hace 10 años presenta neumotórax iatrogénico, resuelto satisfactoriamente con sonda endopleural. Inicia 20 días previos con aumento de volumen en cara anterior de hemitórax derecho, agregándose crepitación, calosfríos, pérdida de peso de 10 kg en 20 días, hiporexia. Es valorado en INER donde se descarta mediastinitis y fístula broncopleural. A su ingreso presentó tumoración en región infraclavicular tercio interno de lado derecho de aproximadamente 10 x 10 cm, indurado, crepitante, fijo, que involucra esternocleidomastoideo y triángulo anterior de cuello. Laboratorios con leucocitosis 23,280 neutrófilos 91.6, glucosa 401. TAC de tórax con imagen heterogénea en región infraclavicular derecha que involucra planos musculares. Se realiza un drenaje quirúrgico a su ingreso, se toma cultivo que reporta *Klebsiella pneumoniae*, tratado con ciprofloxacino 800 mg/día y durante 15 días con parches de material adsorbente Cutisorb sorbac (MR). Evoluciona satisfactoriamente, con sitio quirúrgico en fase proliferativa, sin exudado, por lo que se decide su egreso. **Conclusiones:** Los parches de material adsorbente como Cutisorb Sorbact (MR), actúan sin un agente químicamente activo, sino con un principio físico para limpiar las heridas. Su efectividad se basa en la atracción intermolecular, es un material con una sustancia altamente hidrófoba, el cloruro de dialkilcarbamoil (DACC), con una potente capacidad de adsorción de microorganismos, con mínimos riesgos de alergias, sin contraindicaciones, puede ser aplicado en cualquier tipo de heridas.

188

FASCITIS NECROTIZANTE AUTOLIMITADA

José Antonio Ortiz Gil, Sandoval MKE, González CM, Alcuía TJL. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México SSA, México, D.F.

Introducción: La fascitis necrotizante es definida como una infección rápidamente progresiva, que afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente, la profunda, produce necrosis hística y severa toxicidad sistémica. Existen referencias incompletas de esta entidad desde la remota antigüedad en descripciones hechas por Hipócrates, Galeno y Avicena; así como por Ambroise Paré, en la Edad Media. En 1871,

durante la guerra civil en EUA el cirujano militar Joseph Jones realizó la primera referencia detallada y la designó como «gangrena de hospital». En 1884, A. Fournier publicó su clásica descripción de la infección gangrenosa del periné y los genitales. En 1918, W. Pfanner (Alemania) la designó como «erisipela necrotizante». En 1924, F. Meleney la describió como «gangrena estreptocócica aguda hemolítica» y posteriormente, reconoció su asociación sinérgica entre anaerobios, estreptococos y estafilococos. Wilson, en 1952, acuñó el término de fascitis necrotizante y emitió el concepto que tenemos hoy de la misma, el cual incluye a las infecciones causadas por gérmenes aerobios y anaerobios.

Reporte del caso: Presentamos el caso de un masculino de 60 años el cual acude al Servicio de Urgencias, no cuenta con antecedentes de importancia. Refiere presentar desde hace un mes aparición de una adenomegalia a nivel de región inguinal izquierda, niega picaduras de insectos, así como golpes, la cual aumentó de volumen y en el lapso de 48 h presentó salida de material serosanguinolento, posteriormente en el lapso de 5 horas aumentó de volumen, eritema, ampollas de miembro pélvico izquierdo acude a médico particular quien le administra antibióticos no específicos, al no remitir el cuadro acude al Servicio de Urgencias encontrándose los siguientes hallazgos al examen físico: a nivel de región inguinal izquierda úlcera con salida de material serohemático, sin afectación de genitales, pulsos femorales presentes, y necrosis de piel que se extiende en cara lateral interna de muslo y toda la pierna, hasta región dorsal de pie, sin salida de secreciones, con piel acartonada necrótica limitada a planos superficiales no doloroso a la palpación el cual abarca toda la extremidad desde región inguinal hasta región pedio del pie izquierdo, extremidad derecha sin la presencia de alteraciones. Se le toman exámenes de laboratorio los cuales se encuentran dentro de rangos normales, placas de RX donde se observa aumento del grosor de la piel, no se observa gas no datos de osteomielitis. Paciente es intervenido quirúrgicamente realizándose escarectomía, hallazgos fueron de necrosis a nivel de piel sin afectación de músculos, sin secreciones, con olor fétido, se realiza lavado mecánico y se debrida todo el material necrótico, se observa conservado los planos profundos. Se toma cultivo con desarrollo de *E. coli*. Paciente fue tratado con curaciones y antibioticoterapia, el paciente continuó con lavados mecánicos y se interconsulta al Servicio de Cirugía Plástica para la colocación de injertos. La infección no se volvió a presentar. **Conclusiones:** Esta afección abarca 2 entidades bacteriológicas: Tipo I: producido por, al menos, una especie anaerobia (bacteroides, peptoestreptococos) junto con especies anaerobias facultativas (estreptococos diferentes al grupo A) y enterobacterias Tipo II: producido por estreptococo b hemolítico del grupo A (gangrena estreptocócica). Incluimos aquí una serie de procesos de etiología compleja caracterizados por una inflamación progresiva con necrosis de la piel, tejido celular subcutáneo, fascia y ocasionalmente músculo. Así la celulitis necrotizante monomicrobiana afecta primariamente a la piel y tejido celular subcutáneo; la fascitis necrotizante se inicia en el plano más profundo de la fascia superficial y afecta secundariamente a la piel, respetando la fascia profunda y el músculo; la celulitis necrotizante sinérgica por gramnegativos se extiende hasta la fascia más profunda y puede afectar al músculo y finalmente la mionecrosis por clostridios se inicia en el músculo y se puede extender a capas más superficiales. La clave en el manejo de estas infecciones necrotizantes es un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo inmediato. Factores de riesgo para las infecciones necrotizantes son la edad, presencia de ciertas enfermedades de base como diabetes mellitus, alcoholismo, enfermedad vascular, neoplasia, inmunodepresión, obesidad, insuficiencia renal crónica. Hay 4 signos principales que deben inducir al clínico a sospechar una infección necrotizante: la presencia de edema o induración más allá del área del eritema, la presencia de ampollas o flictenas y la ausencia de linfangitis o linfadenitis. Ante estos hallazgos es necesaria la exploración quirúrgica inmediata, que muestra una fascia necrótica gris sin pus franco con una disección entre el tejido celular subcutáneo y el músculo, a lo largo de la línea fascial. La anatomía patológica mostrará la presencia de trombosis de pequeñas arteriolas y vénulas, vasculitis, necrosis de la fascia y la presencia de bacterias.

189

INFECCIÓN GRAVE DE TEJIDOS BLANDOS DE MIEMBRO PÉLVICO EN UN PACIENTE CON LEPRO

Heriberto Rodea Rosas, González CM, Athié GC, Mercadillo PP. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México OD SSA, México, D.F.

Introducción: La lepra es una enfermedad contagiosa producida por el bacilo de Hansen confinada a zonas endémicas, que en América afecta principalmente Brasil, Colombia y Venezuela. En México los casos han disminuido considerablemente desde 1990, sin embargo los registros en 2005 reportaron 776 pacientes con la enfermedad con una prevalencia de 0.08. De los tres tipos de lepra, la tipo lepromatosa es la más destructiva que llega a ocasionar incluso autoamputaciones de dedos o miembros torácicos y/o pélvicos enteros, sin embargo son pocos los casos que por destrucciones e infección agregada necesitan amputaciones quirúrgicas. Este caso ejemplifica lo raro de la necesidad quirúrgica para tratar las infecciones de tejidos blandos de los pacientes que padecen lepra. **Reporte del caso:** Mujer de 81 años de edad, de medio socioeconómico bajo, origi-

naria del Estado de México, portadora de lepra de 2 años de detección y tratamiento a base de rifampicina y dapsona, con un padecimiento actual de 18 meses de evolución caracterizado por úlceras infectadas en pie izquierdo, multitratadas con varios esquemas antibióticos tanto sistémicos como tópicos e incluso una hospitalización, sin embargo ante la falta de respuesta al tratamiento médico, es ingresada al Servicio de Urgencias del Hospital General de México OD por infección grave de tejidos blandos en miembro pélvico derecho. A la EF se encontró con hipotensión arterial de 90/60 mmHg, desnutrición moderada, deshidratación leve y de manera característica Madarosis bilateral asociada a hipoestesia de pies y manos. En miembro pélvico izquierdo (MPI) se encontró ausencia de pulsos poplíteos, linfadenomegalia, ganglios infartados en región inguinal y lesiones ulceradas e infectadas en talón y región maleolar: la úlcera en talón de 4 cm con exposición ósea, exudado purulento moderado y la premaleolar medial de 2.5 cm y una colección purulenta en toda la región plantar. Se encontró también en tercio distal del MPI: eritema, descamación e hipoestesia más severa. Todos los exámenes fueron normales excepto la cifra de hemoglobina de 10.10 g/dl y las alteraciones en las radiografías dorso-plantar y oblicua de pie izquierdo, que demostraron tejidos blandos aumentados de grosor, osteopenia y reacción perióstica en calcáneo y astrágalo. Se realizó amputación supracondílea por infección grave de tejidos blandos para contener la infección; tuvo una evolución postoperatoria favorable hasta su egreso 2 días después y continuó su tratamiento para la lepra. **Conclusiones:** 1. La lepra como causa de infección grave e intratables de alguna extremidad es una causa extremadamente rara de amputación quirúrgica de algún miembro pélvico. 2. El tratamiento ante una infección grave como la que aquí se presenta debe ser tratada oportunamente incluso mediante amputación. 3. Aunque se considera a la lepra en México en franca desaparición es importante reconocerla, tratarla y dar aviso a las autoridades sanitarias.

190

FASCITIS NODULAR EN REGIÓN INGUINAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fernando Gil García, Valadez CD, Jalife MA. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México SSA, México, D.F.

Introducción: La fascitis nodular (FN), descrita originalmente por Konwaler y cols., en 1955 bajo el término de fibromatosis (fascitis) pseudosarcomatosa subcutánea, es una entidad clínica no muy frecuente que, a pesar de sus características histológicas pseudosarcomatosas, tiene un comportamiento clínico benigno. En 1966 Mehrengan y cols., describieron 17 casos con sus características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas proponiendo el término de fascitis nodular por ser más breve y descriptivo. Aunque es una lesión mesenquimal frecuente en las partes blandas de otras localizaciones, especialmente la extremidad superior y el tronco, su aparición en extremidades inferiores no es común, por lo que puede ser poco conocida por los cirujanos generales. Presentamos un caso de fascitis nodular que se asienta en el tejido subcutáneo de región inguinal e infiltración a elementos del conducto inguinal. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 59 años, sin antecedentes de interés para el padecimiento actual, que acudió a consulta externa por presentar una tumoración indolora de crecimiento progresivo en región inguino-escrotal derecha de seis meses de evolución. A la exploración clínica se presenta aumento de volumen en región inguinal a expensas de tumoración de 10 x 10 x 12 cm, la cual involucra escroto, consistencia dura, indoloro, no reducible. No se palpaban adenopatías inguinales. Laboratorios dentro de parámetros normales. Marcadores tumorales negativos. Se realizó TAC de tumoración sólida isoíntensa con realce tras el contraste, de localización subcutánea que involucra tejidos profundos y proliferación a través de conducto inguinal. En la secuencia en supresión grasa se excluyó lipoma. Fue informado como tumor de partes blandas, por lo que se decidió exploración inguinal y toma de biopsia, con hallazgos transoperatorios de conglomerado nodular de 10 cm de diámetro, con adherencias firmes a conducto inguinal. Resto sin alteraciones microscópicas. Resultado histopatológico de lesión proliferativa mesenquimal, sugestiva de fascitis nodular. Se realiza orquiectomía total como procedimiento curativo. **Conclusiones:** Las proliferaciones fibroblásticas benignas constituyen un grupo heterogéneo de entidades bien definidas que son reactivas más que verdaderas neoplasias. Entre estas entidades se encuentran la FN. Se trata de una lesión relativamente poco frecuente descrita en pacientes de todas las edades, aunque la incidencia es más alta entre la tercera y quinta décadas de la vida. Puede aparecer en todas las localizaciones del organismo excepto en las vísceras, aunque la localización más frecuente es en las extremidades superiores y el tronco. En un 7-20% de los casos se localiza en extremidades inferiores, sobre todo a nivel del tejido subcutáneo como en los casos que presentamos. Es una lesión proliferativa benigna de miofibroblastos que habitualmente aparece en el tejido subcutáneo o entre las fascias musculares. Su etiología es desconocida, pero se piensa que los traumas repetidos sobre la zona afectada pudieran influir en su patogénesis. Se presenta como una tumoración de crecimiento rápido, dura y bien circunscrita, no encapsulada e indolora. Histológicamente la FN se

considera una proliferación reactiva, más que tumoral, de células con diferenciación miofibroblástica. En las primeras descripciones se destacó su parecido histológico con sarcomas de partes blandas, de ahí las denominaciones que incluían el término «pseudosarcomatosa». Con el tiempo se ha llegado a una buena caracterización de la lesión y su diagnóstico histológico no suele plantear problemas al patólogo experimentado. La presencia de células fusiformes grandes pero sin un verdadero pleomorfismo y atipia nuclear es muy constante. El tratamiento de elección lo constituye la resección quirúrgica, con buenos resultados incluso en casos en los que la extirpación fue incompleta. Si la lesión recidiva se debe sospechar una resección incompleta, o bien habría que revisar el diagnóstico original.

191

REPORTE DE CASO: TRASPLANTECTOMÍA SECUNDARIA A PROCESO DE SEPSIS DE ORIGEN ABDOMINAL

Mérida Chavarría Ruiz. Servicio de Trasplante. Hospital Juárez de México SSA, México, D.F.

Introducción: Las complicaciones agudas con mayor impacto en términos de morbilidad y mortalidad en el paciente trasplantado. Se relacionan con: edad del paciente, situación nutricional, urémica, presencia de diabetes, patologías infecciosas sobreañadidas, protocolo de inmunosupresión administrado presencia de complicaciones quirúrgicas (p. ej., hematoma, urinoma, fístulas urinarias); necesidad de sondajes o cateterismos; grado de función renal. La característica común a la mayoría de complicaciones infecciosas relevantes en el paciente trasplantado es la presencia de fiebre, que puede ser expresión de un cuadro banal o bien de un proceso de evolución rápida que puede comprometer la vida del paciente. **Reporte del caso:** Se reporta el caso de N.A.I.C. de 36 años de edad, con el antecedente de DM de 17 años de evolución e insuficiencia renal crónica terminal, hipertensión arterial sistémica, trasplantada de injerto renal de donador cadavérico el 22 de febrero de 2008, cursando con evolución favorable durante 7 días con esquema de inmunosupresión con triple esquema prednisona, ciclosporina y azatioprina, posteriormente con deterioro de la función del injerto se inicia manejo con pulsos de metilprednisona siendo resistente y plasmáferesis sin mejoría. Se realiza dx diferencial con rechazo agudo e intoxicación con ciclosporina, además de descartar infección por citomegalovirus, a través de USG Doppler, gammagrama renal, niveles de ciclosporina, biopsia renal, presenta complicación quirúrgica con presencia de fístula urinaria. Se reporta presencia de cultivos positivos a *Acetivobacter* y *E. coli* con manejo de imipenem y meropenem con deterioro de la función de injerto por presencia de uremia, compromiso hemodinámico con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Se realiza trasplante de fístula con técnica extracapsular con ligadura selectiva de arteria, vena renal y uréter. Y retiro de esquema de inmunosupresión con deterioro de estado general de la paciente con fístula urinaria no controlada, fiebre persistente leucocitosis, hipotensión, oliguria con agregación de focos de infección empiema y fascitis necrotizante y deceso de la paciente. **Conclusiones:** En el paciente trasplantado los factores de riesgo como patología de base DM, insuficiencia renal crónica terminal, inmunosupresión el retiro abrupto de ésta condicionan que los procesos infecciosos específicos en este caso la fístula urinaria sean factores determinantes para la presencia de sepsis de origen abdominal y la diseminación a través de catéteres aun con antibioticoterapia establecida, la toma de decisión de realizar trasplante de fístula se basa en los tres principios básicos eliminación de causa de contaminación, reducción de la inoculación bacteriana y tratar de controlar la infección persistente y que sea lo más pronto posible para recuperación del paciente aun sobre la funcionalidad del injerto.

192

MANO DIABÉTICA; REPORTE DE UN CASO

Rodolfo Arteaga Torres, Meza DR, López AE, Aburto FC, Tovar HA. Servicio de Cirugía. Hospital General de Querétaro SSA, Celaya, Guanajuato

Introducción: Las infecciones en mano en personas diabéticas presentan una prevalencia baja, ya que la mayoría de los casos son en pies, teniendo mejor pronóstico en manos. **Reporte del caso:** Femenino de 38 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2, 5 años de evolución, mal controlada, inicia 3 semanas previas a internamiento con dolor en falange distal del 3er dedo izquierdo, 2 días después a picadura con espina, posteriormente presenta entumecimiento, hiperemia, disminución de movilidad, aumento de volumen e hipotermia localizada, acudiendo con médico quien receta antibiótico no especificado. Al llegar a esta unidad 12 días después presenta infección franca de los compartimentos de la mano con necrosis del 3er dedo izquierdo, hg 11, gluc 367, Cr 0.9. Se realiza amputación del 3er dedo en la unión metacarpofalángica, lavado y desbridación de región dorsal, doble esquema antimicrobiano y 3 días después gluc 170, se realiza injerto, con adecuada integración, evolucionando satisfactoriamente la paciente y sin secuelas funcionales. **Conclusiones:** La mano diabética es una infección rara pero muy importante, debido a la incapacidad funcional y laboral permanente que puede ocasionar, por lo que su detección temprana y tratamiento quirúrgico adecuado son necesarios.

MANO DIABÉTICA

Jaime Enrique Álvarez Cosío, Córdoba CLC, Hernández GLA, López AE. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Querétaro SSA, Celaya, Guanajuato

Introducción: La diabetes mellitus actualmente afecta del 2 al 5% de la población en general desde los 15 años o mayores con un incremento prevalente en grupos de edades mayores. La neuropatía diabética secundaria, la aceleración en la formación de aterosclerosis y la arterioesclerosis afecta tanto a los miembros pélvicos como a los torácicos dando como resultado hipoestesias, ausencia de pulsos y distrofia de los tejidos por isquemia. La predisposición para sepsis en pacientes con DM está bien reconocida como entidad con una elevada morbilidad para el paciente. Las condiciones en la patogénesis derivan de la combinación de la neuropatía, isquemia y lesión o trauma lo cual induce a dicha sepsis. La infección de la piel y de los tejidos blandos son comunes en la población con DM. Estos pacientes presentan una elevada prevalencia para infecciones estafilocócicas y se relacionan con elevado riesgo de alteraciones locales o infecciones sistémicas con elevada mortalidad. Dichos tejidos son más propensos a infecciones como impétigo, forunculosis, celulitis, fascitis necrotizante y bursitis sépticas. Una de las más graves es la fascitis necrotizante que es una infección poco común pero severa de la piel, tejido celular subcutáneo y fascia superficiales. En los pacientes con DM suele ser polimicrobiana con progreso rápido y asociado a una alta morbimortalidad. Mortalidad que comprende hasta un 40%. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 73 años de edad, originario y residente de San José de Peñuela Colón Querétaro. Jornalero. APP: menciona diabetes mellitus de 12 años de evolución tratado a base de hipoglucemiantes orales con mal apego al tratamiento y Dx de EPOC desde hace 4 años. PA: Al estar trabajando sufre dermoabrasión en el dorso de la mano derecha con el «arado» de un tractor. Hace caso omiso de la lesión y continúa sus actividades; después de dos días comienza con dolor, eritema, inflamación e incapacidad para el movimiento del 4to y 5to dedos por lo que acude al Servicio de Urgencias de este hospital. ExFis: En mano derecha a nivel de dorso se encuentra induración de 4 cm de diámetro, dolorosa, tejido necrótico con eritema de piel circundante y fiebre. Se le realiza drenaje encontrando material purulento fétido y se procede a desbridar tejido necrótico siendo éste piel, tej celular subcutáneo y tendones de dedos afectados. Se maneja con antibioticoterapia a base de doble esquema y manejo con curaciones diarias tres veces por día. Posterior a la desbridación inicial, se realiza una más a los 3 días de estancia intrahospitalaria siendo ésta en total de 17 días. Se egresa por mejoría citando a consulta externa para curaciones y control metabólico. **Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico enérgico, así como el control metabólico y antibioticoterapia se deben instaurar desde el momento del ingreso del paciente y continuar con los cuidados específicos de la herida.

194

ABSCESO DE PSOAS BILATERAL. REPORTE DE UN CASO

Erica Jazmín Becerril Muñoz, Ávila MO. Servicio de Cirugía General Hospital de Especialidades «Dr. Antonio Fraga Mouret» Centro Médico Nacional La Raza IMSS, México, D.F.

Introducción: El absceso de psoas primario es una patología poco frecuente de etiología diversa, que se presenta principalmente en medios tropicales y en vías de desarrollo, con una frecuencia de reporte de casos alrededor de 500 en la bibliografía mundial.¹ Es una entidad de difícil diagnóstico, con una presentación clínica generalmente inespecífica y a veces olvidada en la práctica diaria, lo que conlleva a retraso en el diagnóstico. La primera descripción médica del absceso de psoas la realizó Herman Mynter en 1881, el cual clasificó los abscesos de psoas de acuerdo a su origen.² Se desconoce la incidencia actual, sin embargo, parece haber incrementado en la última década con respecto a las estadísticas previas que informaban hasta doce casos por año durante el periodo 1986-1991;¹ este aumento de incidencia guarda relación con el empleo de mejores herramientas diagnósticas en la práctica clínica. Presenta alta incidencia en pacientes diabéticos e inmunodeprimidos. La mortalidad varía entre el 2.8 y el 20%, siendo de 2.5% en los abscesos primarios y 18.9% en los secundarios. El 75% de los casos son hombres y sólo el 2 a 3% de los casos son bilaterales.^{4,6} El absceso primario ocurre frecuentemente en menores de 30 años y se asocia con *S. aureus* en el 85-90% de los casos, mientras que el 80% de los secundarios se origina a partir del tracto gastrointestinal, primordialmente por enfermedad de Crohn (60%) y apendicitis (16%).^{3,4} La presentación clínica es inespecífica, los síntomas frecuentes son dolor abdominal o lumbar (cuya presentación varía entre el 76 - 91%) y dolor limitante a la flexo-extensión de la cadera homolateral o «signo del psoas». Actualmente la eficacia diagnóstica del ultrasonido y de la tomografía computarizada (TAC) alcanza el 57 y 91% respectivamente.⁷ El tratamiento adecuado se basa en la antibioticoterapia sumado al drenaje percutáneo guiado por TAC o ultrasonido, en casos determinados es necesario un drenaje quirúrgico. El drenaje abierto usualmente se realiza

por lumbotomía mediante una incisión a 3 cm de la cresta iliaca del lado comprometido. El esquema antibiótico es durante un periodo variable según la etiología del absceso y su evolución clínica; se mantiene la administración de 6 a 8 semanas. Se inicia el manejo buscando una cobertura contra Gram positivos (*S. aureus*), anaerobios y gérmenes Gram negativos, hasta disponer de una identificación mediante los cultivos apropiados.⁶ **Reporte del caso:** Masculino de 47 años portador de DM2 de 3 años de evolución en control con insulina NPH, insuficiencia renal secundaria a nefropatía diabética de reciente diagnóstico sin tratamiento, y portador de virus de hepatitis B y antecedentes de alcoholismo crónico. Inicia padecimiento el 05-08-07 con malestar general, desorientación, astenia, adinamia, fiebre no cuantificada, dolor en epigastrio tipo cólico, sin irradiaciones, acompañado de náuseas y vómito de contenido gástrico. Caquético, en malas condiciones generales, desorientado, con palidez de tegumentos, mal hidratado, campos pulmonares y precordio sin alteraciones, abdomen con hepatomegalia, 2-2-2, Giordano positivo. Descontrol de la glucemia aparente por transgresión dietética y leucocitosis, al control del desequilibrio glucémico, se egresa con insulina NPH a domicilio. Reingresa el 09-10-07 por presentar aumento de volumen en cara anterointerna de muslo derecho, de aprox. 25 x 10 cm y dolor leve a la palpación, imposibilidad para la marcha, valorado por cirugía, encontrando aumento de volumen en región inguinal, femoral y cara anterointerna de muslo derecho, móvil, bien delimitada, sin crepitación, sin cambios de coloración en piel; radiografía de abdomen simple sin datos a destacar, radiografía simple de muslo con imagen radiolúcida compatible con asa intestinal, por lo que se integra el diagnóstico de hernia femoral encarcelada, que disecaba hasta cara anterointerna de muslo derecho, se realiza procedimiento quirúrgico con cirugía programada plástica femoral el 18-10-07 se reporta como hallazgo hernia inguinal derecha indirecto, saco herniario de 12 cm con epiplón en su interior, absceso en región inguinofemoral derecha con extensión hacia retroperitoneo drenando 300 cc de exudado purulento franco, no fétido, colocando drenaje hacia esta cavidad el cual se mantuvo con un gasto purulento a serohemático por 7 días. Debido a los hallazgos se solicita tomografía de abdomen que reporta absceso de psoas bilateral en toda su extensión, con mayores dimensiones del lado izquierdo, ya que el lado derecho se encontraba drenado, se realiza drenaje del absceso izquierdo el 25-10-07 vía lumboscópica, sin complicaciones y permitiendo la observación del retroperitoneo disecado por el absceso de psoas, reportándose como hallazgo cavidad disecada, trabeculada, con 300 cc aprox. de material purulento, no fétido. El material obtenido se envía a cultivo y se reporta resultado el 30-10-07 con crecimiento positivo para *S. aureus*, al término del esquema antibiótico y con escasos gastos serohemáticos por drenajes se egresa al paciente en buenas condiciones y con adecuado control metabólico. **Conclusiones:** El absceso de psoas bilateral es una entidad poco frecuente, se ha observado con mayor incidencia en pacientes inmunosuprimidos. El diagnóstico se retrasa debido a que las manifestaciones clínicas son generalmente inespecíficas, en el presente caso el estado de inmunosupresión, predispuesto por la diabetes mellitus, la insuficiencia renal, la desnutrición y el antecedente de alcoholismo contribuyeron para la presentación inusual del caso. El *S. aureus* fue el agente etiológico aislado, comúnmente encontrado en los abscesos primarios. La antibióticoterapia y el drenaje fueron las conductas determinantes para la resolución del caso.

195

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE PIE DIABÉTICA WAGNER IV CON VERSAJET MR Y VAC MR

Isidoro Aczel Sánchez Cedillo, Esperón LI, Trejo SJ, Gama HJ, Campos DL. Servicio de Cirugía General. Hospital General Xoco GDF, México, D.F.

Introducción: Sin duda alguna, la diabetes en nuestro país se ha convertido en una de las enfermedades que más problemas presenta a los sistemas de salud. Su aumento ha sido verdaderamente explosivo y se calcula que en la actualidad existen en este país más de dos millones de personas diabéticas y más del 80% son diabéticos de la denominada diabetes mellitus del adulto. La diabetes mellitus también se encuentra como una de las principales causas de muerte general en México y el pie diabético, una de sus principales complicaciones, que ocupa el 30% de los internamientos hospitalarios en nuestro país. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 64 años de edad quien ingresa al Servicio de Urgencias de nuestro hospital con el antecedente de diabetes mellitus de larga evolución al momento del ingreso complicada con pie diabético en estadio clínico Wagner IV, a quien se ofrece tratamiento quirúrgico radical con amputación supracondílea, o como alternativa la desbridación quirúrgica con Versajet MR, y drenaje asistido al vacío con VAC, el paciente acepta el segundo tratamiento, el cual se inicia en el Servicio de Cirugía General en manejo conjunto del Servicio de Medicina Interna para el manejo metabólico, se realiza desbridación bajo anestesia regional con Versajet del tejido necrótico y el periostio del 5to metatarsiano así como del tendón flexor del mismo, posteriormente se realiza colocación de sistema de drenaje asistido al vacío VAC realizando cambios cada 3er día por 20 días, hasta lograr granulación sobre la superficie ósea y articular y tendinosa, dejando el resto de la cicatrización por segunda intención, el paciente se recupera de la fascitis plantar durante el procedimiento y es dado de alta por mejoría con la herida en fase de cicatrización. **Conclusiones:** El uso de dispositivos innovadores como el dispositivo de hidrodisección, Versajet MR, mejora el pronóstico de las heridas crónicas infectadas probablemente al disminuir la población bacteriana o realizar el desbridamiento con mínimo trauma al tejido sano, y en este caso en particular con el apoyo del sistema de drenaje asistido al vacío VAC MR, el cual probablemente mejora la perfusión tisular, y mantiene el drenaje continuo de las fascias y superficies óseas desperiostizadas así como promueve la granulación sobre el hueso y superficie articular.

196

LA PRESIÓN NEGATIVA TÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL PIE DIABÉTICO

Antonio Torres Trejo, Márquez EC, Sánchez MR, Gutiérrez BG, Gaytán FOF. Servicio de Cirugía. Hospital Central Norte PEMEX, México, D.F.

Introducción: Se han analizado las ventajas del tratamiento con presión negativa tópica (PNT) y los ahorros económicos derivados de la cicatrización más rápida, el menor tiempo que dedica el personal de enfermería a los pacientes y la menor duración de la estancia hospitalaria. Su uso se considera un cambio de paradigma en el tratamiento de numerosos tipos de heridas. Se ha confirmado que existen diversos mecanismos que ayudan a la cicatrización con este método como: aumento del flujo sanguíneo local, reducción del edema, estimulación de la formación de tejido de granulación, estimulación de la proliferación celular, eliminación de inhibidores solubles de la cicatrización de la herida, reducción de la carga bacteriana, acercamiento de los bordes de la herida entre sí, incrementa la perfusión tisular, al inactivar la autorregulación de los capilares (la cual hace que los capilares se cierran si no se necesita un flujo sanguíneo elevado), permite a las células en proceso de proliferación que reposen entre un ciclo y otro de la división celular, lo cual es necesario para producir nuevos componentes celulares. En todas las heridas agudas y crónicas de cualquier etiología hay que hacer una evaluación de su causa, conocer las condiciones médicas y sociales subyacentes que pueden influir en la cicatrización, en las decisiones de tratamiento y realizar una evaluación completa del estado de la herida, hay datos que indican que el tratamiento con PNT podría ser útil al reducir la carga bacteriana existente dentro de la herida y las concentraciones de exotoxinas y endotoxinas potencialmente nocivas simplemente eliminando de forma rápida el exudado del lecho de la herida. Una de las complicaciones más frecuentes, durante la vida del diabético, es la aparición de una úlcera en el pie. La mitad de estas úlceras se acompañan de insuficiencia arterial periférica (49%) o de infección (58%), y lo que es más grave, la conjunción de ambas en un tercio de los casos (31%). Ello agrava el proceso, con el incremento del número de pérdida de extremidades y la mortalidad. En las hiperglucemias mantenidas o mal controladas y en las ceftoacidosis hay una alteración de la inmunidad celular. Estos pacientes tienen una alteración de todo el proceso inflamatorio. Por lo tanto, en caso de haber un problema vascular (isquemia) por el cual las defensas no llegan bien, las que llegan están alteradas. Por eso, una vez que se instaura la infección se facilita más su extensión (dificultad para la delimitación). Hay multitud de circunstancias que producen una efracción de la piel en el diabético, posteriormente, las bacterias se acantonan (colonización bacteriana). Cuando la infección aparece puede que sea leve, pero en el diabético siempre se tendrá presente que ésta puede progresar rápidamente de superficial a profunda, e incluso provocar una infección generalizada. **Reporte del caso:** Femenino de 62 años de edad, DM de 24 años de evolución y mal controlada, hipertensión arterial de larga evolución, insuficiencia arterial de ambos miembros pélvicos, la cual acude al servicio presentando en primero, segundo y tercer orfejos de pie izquierdo, cianosis y ausencia de pulsos en cara dorsal del pie, con una úlcera con proceso de necrosis y pus en la primera articulación metatarsal-zofalángica, se realiza amputación transmetatarsiana, posteriormente se realizan curaciones durante 5 días, se decide desbridar los bordes desvitalizados y colocar el dispositivo de presión negativa tópica. A los 6 días siguientes se observa inicio de tejido de granulación en los bordes de la herida sin proceso infeccioso agregado se decide egresar con el dispositivo, continuando con externa con curaciones completando cicatrización en 6 semanas. **Conclusiones:** Actualmente encontramos que el uso de la presión negativa tópica se puede utilizar en este tipo de casos, en nuestra experiencia encontramos que puede brindar beneficios al paciente acortando el proceso de cicatrización, el periodo de hospitalización así como los costos totales para la institución.

197

PIE DIABÉTICO, MANEJO CON DESBRIDACIÓN Y VAC (SISTEMA DE CIERRE ASISTIDO POR ASPIRACIÓN CONTROLADA)

Laura Elena Gaytán Méndez, Méndez SH, Barrera SS. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional ISSSTE Monterrey, Monterrey, Nuevo León

Introducción: La presencia de neuropatía, deformidades del pie, daño micro y macrovascular así como la alteración de su sistema inmunitario son factores que predisponen al desarrollo e infecciones en el paciente diabético. La mayoría de las heridas en los pacientes diabéticos presentan datos de infección y la erradicación de la misma es fundamental para lograr la cicatrización adecuada. El tratamiento debe incluir antibióticos adecuados, lograr controlar las concentraciones de glucosa sanguínea, corregir la posible presencia de osteomielitis y la desbridación de todo tejido necrótico o infectado. Han surgido nuevos fármacos y modalidades terapéuticas para lograr la granulación y cicatrización de las heridas como los dispositivos de cierre asistidos con vacío, tal es el caso del sistema de cierre asistido por aspiración controlada (VAC, por sus siglas en inglés). **Reporte del caso:** Se trata de un paciente masculino de 70 años, con antecedente de diabetes mellitus tratada con hipoglucemiantes orales, acude al Servicio de Emergencia posterior a notar cambio de coloración de orfejos de pie izquierdo, se ingresa para valoración por cirugía general, encontrando a las 24 horas de su internamiento una necrobiosis húmeda fétida de la totalidad de los orfejos, se encuentran buenos pulsos pedio y tibial posterior, por lo que se decide realizar una amplia desbridación, la cual se efectúa y se retira todo el tejido óseo incluyendo orfejos y metatarsianos, respetando huesos del tarso, se aplica sistema VAC cambiándolo en las siguientes 24 horas encontrando tejido de granulación en neoformación, se efectúa nuevo cambio a las 24 horas mejorando la cantidad de tejido de granulación, a las 72 horas se efectúa nuevo cambio y se sutura colgajo de piel, dejando un defecto en región dorsal del tarso con granulación para cicatrización por tercera intención se dio tratamiento por espacio de tres semanas continuas con terapia VAC y posteriormente se manejó con parches hidrocoloides evolucionando satisfactoriamente, actualmente se encuentra con herida cicatrizada en forma completa. **Conclusiones:** En este caso se trata de un paciente con una necrobiosis total de orfejos y región dorsal de pie, en el cual el manejo indicado es una amputación por arriba del tobillo (supra o infracondílea), sin embargo se efectuó desbridación amplia con buena evolución a la aplicación del sistema VAC, el cual nos dio oportunidad de manejar a nuestro paciente por espacio de diez días en piso para posteriormente efectuar manejo ambulatorio, dejando en el paciente una extremidad más funcional, así mismo ahorrando costos en cama hospital y curaciones.

198

MORTALIDAD POR SEPSIS INTRAABDOMINAL EN EL HOSPITAL EST. LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS

Rubén Darío Sánchez Rodríguez, Mondragón CHM. Servicio de Cirugía General. Hospital Centro Médico Adolfo López Mateos SSA, Toluca, Estado de México

Introducción: La mortalidad asociada a sepsis intraabdominal a principios del siglo anterior llegaba al 90% actualmente va del 20 al 70% debido a los mejores auxiliares diagnósticos, el arsenal de antibióticos y la intervención quirúrgica apropiada y oportuna. La peritonitis secundaria por perforación de una víscera hueca es la forma más común de sepsis intraabdominal. **Objetivo:** Determinar la tasa de mortalidad por sepsis intraabdominal en pacientes que ingresaron al Hospital Estatal Lic. Adolfo López Mateos durante el periodo 2002 al 2004. **Material y métodos:** Mediante estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, se identificó el género y grupo más afectado, la causa más común, el tratamiento quirúrgico dado a los pacientes y las complicaciones que presentaron los pacientes que cursaron con sepsis intraabdominal. Los resultados se tabularon en tablas y gráficas para su análisis. **Resultados:** Se documentó en 21 pacientes sepsis intraabdominal, 13 hombres y 8 mujeres, la apendicitis se presentó en 6 pacientes, la necrosis intestinal en 5, la perforación traumática en 4, la necrosis pancreática en 2, absceso hepático roto en 1, perforación uterina en 1 y empiema vesicular en 1 paciente. El auxiliar diagnóstico más utilizado fue la laparotomía exploradora, en 10 pacientes la radiografía de abdomen en 4, el ultrasonido en 3 y en 4 fue de manera incidental. Se dio manejo quirúrgico a 20 pacientes y sólo uno manejo médico. En 6 pacientes el manejo fue con bolsa de Bogotá, en 6 más con abdomen abierto y 6 con relaparotomía a demanda, 2 fueron manejados con drenaje tipo Sartoga. La complicación más frecuente fue el absceso residual en 10 pacientes, la fístula en 6 pacientes, choque séptico y evisceración en 4 pacientes, la oclusión intestinal, dehiscencia e infección de herida en 1 pacientes, el motivo de egreso fue por mejoría en 13 pacientes y por fallecimiento 8. **Conclusiones:** La sepsis intraabdominal presentó una mortalidad en términos de letalidad de 33%, siendo en hombres el 68% y mujeres el 32%. La apendicitis es la causa más común, con un 28.27% y la laparotomía exploradora el auxiliar diagnóstico más utilizado con 47.61%. El absceso residual y la fístula son las principales complicaciones. Definir una conducta clínico-terapéutica en aquellos pacientes que se realiza el diagnóstico en su primera intervención quirúrgica evitaría que una complicación nos de aviso que el paciente requiere una nueva intervención quirúrgica.

CAUSAS DE REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL «DR. RAYMUNDO ABARCA ALARCÓN» DE CHILPANCINGO, GUERRERO. DURANTE EL PERIODO MARZO 2007 A FEBRERO 2008

Guillermo Morales Martínez, Jorge RA, Sánchez MJ, Urrieta SFD, Hezi-quo SA. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Chilpancingo «Dr. Raymundo Abarca Alarcón» SSA, Chilpancingo, Guerrero

Introducción: La reintervención quirúrgica abdominal es una entidad frecuente, suele derivarse de un primer procedimiento quirúrgico que no fue satisfactorio, que detectó un problema que no pudo ser resuelto por las condiciones hemodinámicas o ventilatorias del paciente, o por complicaciones postquirúrgicas derivadas de factores intrínsecos y/o extrínsecos, tales como infecciones, hemorragias, mal nutrición e incluso deficiencias en la propia técnica quirúrgica. Una nueva operación constituye un nuevo traumatismo, un desequilibrio de los mecanismos homeostáticos del paciente, por lo que aumentan las posibilidades de que se presenten complicaciones y la mortalidad sea mayor. **Objetivo:** Conocer las principales causas de reintervenciones quirúrgicas en el Servicio de Cirugía del Hospital General «Dr. Raymundo Abarca Alarcón», de Chilpancingo, Gro., durante el periodo de marzo 2007 a febrero 2008. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo retroelectivo de los pacientes que fueron reintervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital General. Se revisaron expedientes clínicos de los pacientes que fueron intervenidos por cirugía abdominal, se seleccionaron los expedientes de paciente reintervenidos durante el periodo de estudio, realizando análisis de variables sociodemográficas, diagnósticos pre y postquirúrgicos iniciales y de reintervención, así como comorbilidad, mortalidad y tratamiento antimicrobiano empleado, utilizando medidas de tendencia central y grado de dispersión para lo que se utilizó media, rango y porcentaje. **Resultados:** Se revisaron 398 expedientes de pacientes intervenidos por cirugía abdominal en el servicio de cirugía, de los cuales 14 (3.5%) requirieron reintervención quirúrgica. El rango de edad fue de 21 a 78 años, con una media de 39.5. El grupo de edad más afectado fue de 30 a 50 años, con el 42.8%. El sexo fue indistinto. El 78.6% eran casados. El 50% era analfabeta, el resto tenía algún grado de escolaridad. El nivel socioeconómico en el 64.3% fue bajo y muy bajo. Sólo un paciente presentó comorbilidad, siendo diabetes mellitus. El 67.2% de los pacientes tenía alguna toxicomanía (alcoholismo y/o tabaquismo). El diagnóstico inicial en el 50% (7) fue apendicitis, 2 pacientes por abdomen agudo por diverticulitis y 2 por herida por proyectil de arma de fuego. En el 100% de los pacientes se utilizó antibiótico posterior a la cirugía, empleando en 3 un solo antibiótico (ceftriaxona, ampicilina o gentamicina); con 2 antibióticos en 5 pacientes (ceftriaxona + gentamicina; ceftriaxona + metronidazol o amikacina + metronidazol). En 6 pacientes (42.8%) se usó triple esquema (ceftriaxona + amikacina + metronidazol). El motivo de la segunda intervención fue sospecha de proceso infeccioso residual en el 50% de los pacientes, correlacionándose en el 100% de éstos con los hallazgos quirúrgicos. Además en 3 pacientes más se encontró proceso infeccioso abdominal. El resto de reintervenciones fueron cierre de ileostomía, cierre de colostomía, lesión de colédoco y adherencias. El rango de días de estancia fue de 5 a 37, con una media de 12.1. De los 14 pacientes 7 (50%) fueron egresados por mejoría, 6 (42.8%) fueron referidos a un tercer nivel, de éstos el 83.3% se enviaron para apoyo nutricional parenteral (NPT). Un paciente fue egresado por no ser recuperable (máximo beneficio). **Conclusiones:** 1. La tasa de reintervención fue de 3.5%, superior a la reportada internacionalmente (2.5%). 2. La principal causa de reintervención fue sepsis abdominal. 3. Se requiere de estandarización de esquemas antimicrobianos en pacientes con apendicitis. 4. Debido a que la principal causa de referencia es el apoyo nutricional parenteral, se hace indispensable una unidad de NPT con insumos y personal en nuestra unidad.

MISCELÁNEOS (OTROS)

200

MANEJO CONSERVADOR EN LA INGESTA ACCIDENTAL DE CUERPO EXTRAÑO

Jorge González Acosta, Monges JJE, Silva MR, Martínez OCA, Fernández ALC, Peña HFJ, Del Ángel SLI, Jácome TR, Villagrán VVL, Lagunas AF, Martínez OJL. Servicio de Gastrocirugía. Hospital UMAE HE Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños en una entidad rara en adultos, más del 80% de los casos se presenta en niños ya sea de forma incidental o intencional. Entre los adultos, los grupos de mayor riesgo son los pacientes ancianos con prótesis dentales, pacientes con alteraciones mentales y reos. La mayoría de los cuerpos extraños progresan espontáneamente a través del tracto digestivo, avanzando sin producir lesión gracias al reflejo mural de retiro, que es la habilidad del intestino de dilatarse localmente cuando un objeto agudo se pone en contacto con la mucosa, adquiriendo una posición cefalocaudal que permite la progresión atraumática

tica del objeto. **Reporte del caso:** Masculino de 50 años, sin antecedentes de importancia, quien acude referido de otro hospital por la ingesta accidental de 5 alfileres 8 horas previo a su ingreso. A la exploración física, paciente consciente cooperador sin compromiso cardiopulmonar, con abdomen blando depresible sin datos de irritación peritoneal, peristalsis normal. Se realiza radiografía de abdomen donde se evidencian 5 alfileres a nivel de intestino delgado. Se decidió manejo médico con ayuno y vigilancia de datos de irritación peritoneal, así como radiografías seriadas de abdomen. Durante su estancia permaneció asintomático, y en las radiografías de abdomen se observó paso de todos los alfileres a través de la válvula ileocecal, colon ascendente, transverso y descendente hasta su eliminación. El paciente fue dado de alta sin complicaciones a las 96 horas de su ingreso. **Conclusiones:** El manejo de la ingestión de cuerpos extraños debe ser conservador en lo posible, se debe valorar la forma, tamaño, consistencia y localización del cuerpo extraño, la cirugía está indicada sólo en caso de complicaciones, la falta de progresión del objeto o fracaso de la extracción endoscópica. Más del 90% de los objetos son expulsados de forma espontánea en los primeros 8 días posteriores a su ingesta.

201

EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CUERPO EXTRAÑO

Jorge González Acosta, Monges JJE, Segovia MA, Jácome TR, Godoy GIU, Magaña RA, Villagrán VVL, Peña HFJ, Del Ángel SLI, Bonifacio FJ, Martínez OJL. Servicio de Gastrocirugía. Hospital UMAE HE Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Introducción: La ingestión de cuerpo extraño en adultos representa el 20% de los casos, generalmente se trata de pacientes psiquiátricos, ancianos y reos. La extracción endoscópica generalmente esta indicada cuando los cuerpos extraños se localizan en región faringoesofágica, esófago y gástrica, es recomendado extraer el cuerpo extraño si tiene forma alargada, una vez que el cuerpo extraño está localizado en intestino delgado, más del 90% de los casos se logra la eliminación espontánea del mismo. **Reporte del caso:** Femenino de 21 años de edad, sin antecedentes de importancia, quien acude a nuestro hospital de forma espontánea por referir la ingestión accidental de un cepillo de dientes al momento de realizar su aseo bucal 5 horas previo a su ingreso. A la exploración física, paciente consciente, cooperadora, con disfonía, orientada en las 3 esferas, cardiopulmonar sin compromiso aparente, con abdomen blando depresible, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente. Laboratorios dentro de parámetros normales. Radiografía y tórax sin alteraciones, radiografía de abdomen donde se observa una porción del cepillo dental. Se decidió realizar endoscopia donde se evidenció abundante material alimentario por lo que se colocó sonda nasogástrica y se realizaron múltiples lavados gástricos, posteriormente se realizó nueva endoscopia donde se logró la extracción activa del cepillo dental. La paciente fue dada de alta a las 12 h de ingreso sin complicaciones posterior a ser valorada por otorrinolaringología y psiquiatría. **Conclusiones:** La extracción endoscópica de cuerpos extraños es el método de elección en caso de que las características del cuerpo extraño así lo amerite, en caso de no ser posible, el tratamiento quirúrgico está indicado en objetos de más de 13 cm de longitud, la persistencia de más de 2 semanas sin progresión, objetos en grandes cantidades o de gran dimensión o la presencia de complicaciones por la ingesta del objeto. Los sitios más frecuentes de no progresión son el píloro, el ángulo de Treitz, válvula ileocecal y la unión rectosigmoidea, sin embargo la gran mayoría de los objetos se logra la eliminación espontánea.

202

HIBERNOMA AXILAR. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Oscar Javier Estrada Cortinas, Mireles AMT, Díaz EJA, Villegas CO. Servicio de Cirugía General. Hospital San José, Monterrey, Nuevo León

Introducción: El hibernoma es un tumor raro, de etiología desconocida, originado de la grasa parda, de los cuales existen escasos reportes y series. Es llamado así ya que su morfología e histología es similar a la grasa de los animales hibernantes. Tienen predilección por áreas en donde la grasa parda puede encontrarse fisiológicamente, como el tronco, área escapular, espalda, cabeza y cuello. Sin embargo, las ingles son los sitios más comúnmente afectadas. Típicamente se localizan en el tejido subcutáneo o en el musculoesquelético. Su comportamiento es completamente benigno, sin recurrencia después de la resección local. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 20 años de edad, sin antecedentes médicos o quirúrgicos de importancia, quien inicia su padecimiento al notar tumoración no dolorosa en axila derecha de aprox. 10 x 8 cm a la cual no toma importancia. Sin embargo, tras varios meses nota un ligero aumento de volumen, por lo que acude a consultar a este hospital. A la exploración física se palpa tumoración de consistencia blanda, no dolorosa, de bordes definidos de dimensiones antes descritas. Se programa para resección de dicha tumoración con diagnóstico de lipoma, la cual se realiza. Durante el

procedimiento quirúrgico se observa que la tumoración está adosada a la vena axilar, la cual se lesiona accidentalmente durante la disección. Se repara esta lesión sin mayor problema. Se envía pieza quirúrgica a estudio histopatológico definitivo reportando tejido adiposo y 4 ganglios linfáticos normales. Evoluciona satisfactoriamente durante el postoperatorio dándose de alta al día siguiente. Nueve meses después acude nuevamente a valoración por presentar tumoración en sitio de cirugía previa, de características similares, no dolorosa, de tamaño ligeramente mayor. Se realizan estudios de imagen los cuales reportan una tumoración de tejidos blandos hipervascularizada en hueco axilar de aprox. 9 x 7 x 12 cm, que se extiende del borde superior al inferior de la escápula. Se interviene nuevamente, resecando en bloque la tumoración, incluyendo cicatriz de cirugía previa. Se obtiene pieza de aprox. 20 cm de diámetro, la cual se manda a BTO, reportando hibernoma, por lo que se da por terminado acto quirúrgico. **Conclusiones:** Los hibernomas son tumoraciones de tejidos blandos extremadamente raras, las cuales no se tienen en mente al momento de decidir su resección. La literatura se refiere a este tipo de tumores como de comportamiento completamente benigno y sin recurrencias después de la resección. En este trabajo se presenta un caso en el cual hubo la necesidad de reintervenir a un paciente debido a la recurrencia de un hibernoma.

203

INUSUAL CASO DE TUMORACIÓN DORSAL: HIBERNOMA

Silvia Figueroa Figueroa, Lecuona HN, Sánchez CX, Bernal C, Madera C, González V, González DS. Servicio de Cirugía General. HGM, SSA, México, D.F.

Introducción: El hibernoma o lipoma de grasa parda es un tumor benigno extremadamente infrecuente derivado de vestigios del tejido adiposo pardo fetal, que es una forma especializada de tejido graso encontrada en los animales de hibernación, y menos frecuentemente en los que no hibernan. La mayor serie publicada hasta el momento la de M.A. Furlong del Instituto de las Fuerzas Armadas de Patología de Washington con 170 casos. **Reporte del caso:** Caso clínico paciente femenino de 50 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia, referida de otra unidad para complementación diagnóstica, con historia de tumoración en región dorsal indolora, sin cambios inflamatorios en la piel, no desplazable, de 8 años de evolución de crecimiento progresivo que en los cuatro meses previos duplica su volumen por lo que se programa para biopsia excisional, durante el procedimiento se encuentra hipervascularizado por lo que se difiere procedimiento y refieren para complementación diagnóstica y tratamiento. Se realiza USG que reporta tumoración de tejido graso hipervascularizado con diagnóstico probable de liposarcoma. Valorada por el Servicio de Oncología del hospital quienes sugieren realizar biopsia por aspiración. Se programa para biopsia y durante procedimiento se decide realizar biopsia excisional sin complicaciones y con evolución postquirúrgica favorable, se recibe reporte de patología de hibernoma. **Conclusiones:** Se acepta que existen dos tipos de tejido adiposo: grasa blanca y grasa parda. El tejido adiposo pardo fue descrito por primera vez por Galés en 1670. El tejido adiposo pardo aparece de manera prominente en los mamíferos de hibernación, sobre todo como glándulas de hibernación y su principal función es actuar como órgano termorregulador debido a la importante vascularización que posee. En los humanos aparece en los embriones y en los neonatos, pero después del nacimiento este tipo de tejido adiposo disminuye marcadamente después de las 8 semanas de vida, aunque sigue habiendo cantidades pequeñas en todas las edades en el adulto supone un 1% de la masa corporal. Estos restos se ubican principalmente en las axilas, región interescapular e inguinal. Aunque hay una amplia variedad en su distribución etaria, es un tumor del adulto joven, con su máxima incidencia en la tercera década de la vida y tiene un ligero predominio en las mujeres. Clínicamente es asintomático, los síntomas, cuando se presentan, son generalmente secundarios a la compresión de estructuras adyacentes. La masa es flexible, subcutánea, aunque en raras ocasiones son intramusculares. Suele ser móvil e indolora. Se presentan generalmente con un crecimiento lento, pudiendo llegar a alcanzar un diámetro mayor de 20 cm anatomía patológica macroscópicamente es un tumor encapsulado en forma parcial o total, de aspecto homogéneo, superficie lobulada, de color pardo amarillento y consistencia blanda. Microscópicamente se observa una diferenciación circunscrita, cubierta por una fina cápsula de tejido fibroso; presenta una prominente trama vascular caracterizada por hipertrofia medial, hiperplasia intimal, imágenes «en capas de cebolla», y suboclusiones concéntricas y excéntricas. **Tratamiento:** El tratamiento es la resección local de la tumoración con meticulosa hemostasia, identificación de los vasos nutricios; con prevención de hematomas y de la contaminación extracompartimental. El pronóstico es bueno, pues no se han reportado recidivas ni metástasis. **Conclusiones:** El hibernoma aunque sea un tumor muy infrecuente debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las masas cervicales. Es útil la realización de una punción aspiración con aguja fina debido a su elevada sensibilidad y especificidad nos ayuda en el diagnóstico, sobre todo para descartar otros tipos de masas de aparición más frecuentes. La biopsia es de extrema importancia y debe realizarse en lu-

gar y sentido adecuado con el fin de que la cicatriz no perjudique la resección definitiva y pueda ser incluida fácilmente.

204

SITUS INVERSUS: REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Mónica Heredia Montaña, Rodríguez AS, Quintero CE, Rodríguez HO, Bernés RMJ. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Puebla, Puebla, Pue.

Introducción: El *situs inversus* es una entidad aún rara o subdiagnosticada en nuestro medio. Se ha descrito la predisposición genética y su relación con un gen recesivo. La frecuencia varía de acuerdo a la serie consultada, aunque predomina en mujeres. La transposición de las vísceras toracoabdominales pueden ser aisladas o totales, se puede asociar a malformaciones congénitas como el síndrome de Kartagener o Yoshkawa. Se ha reportado en la literatura casos de patología de vías biliares asociada a *situs inversus* sin embargo poco se han descrito problemas de tipo neoplásico asociados a esta patología, por lo que se reportan los siguientes dos casos. **Reporte del caso:** *Caso 1.* Mujer de 51 años originaria de Puebla, con antecedente de hipertensión arterial en tratamiento. Con dolor abdominal de 6 meses de evolución de inicio en epigastrio e hipocondrio izquierdo con irradiación al hombro, asociado a ingesta de colecistocinéticos, acompañada de náusea y vómito, con agudización del dolor 36 horas previas a su ingreso. Clínicamente destaca la auscultación de ruidos cardiacos en hemitórax derecho, y choque de la punta del lado derecho, abdomen con dolor en hipocondrio izquierdo. USG que muestra hígado en hipocondrio izquierdo y vesícula biliar también, bazo del lado derecho. Rx de tórax con dextrocardia y EKG con desviación del eje. Se realiza colecistectomía abierta, encontrando *situs inversus* total, vesícula con engrosamiento de la pared, líquido purulento en su interior, dos litos en su interior. Sin otras alteraciones en la vía biliar. Evolución favorable. *Caso 2.* Mujer de 33 años originaria de Sn. Lucas Atzala Puebla, con antecedente de enfermedad hemorroidal de 1 año de evolución con manejo médico. Inicia padecimiento 6 meses previos a ingreso con sangrado trasrectal posterior a las evacuaciones, con dolor y prurito en región perianal donde 2 meses previos nota una úlcera dolorosa, sangrante. Además pérdida de peso y anorexia. Refiere en los últimos días salida de materia fecal por vagina. A la exploración con palidez de piel y mucosas, ruidos cardiacos con soplo holosistólico, con auscultación de los ruidos en hemitórax derecho, abdomen con dolor en hipogastrio, no visceromegalias, región perianal con úlcera de 5 cm, con natas fibrinopurulentas y sangrado activo, tacto rectal y anoscopia no valorable por sangrado y dolor. Tacto vaginal con salida de materia fecal, resto normal. Laboratorios con Hb de 6.0 g/dL, química sanguínea y resto normales. Rx de tórax con dextrocardia, EKG con desviación del eje. USG abdominal con hígado del lado izquierdo, bazo derecho, tumor en hueco pélvico, se realiza tomografía abdominal contrastada encontrando *situs inversus* total y tumor en recto de 10 x 7 m que pasa la serosa e invade pared de vagina. Con toma de biopsia con diagnóstico de adenocarcinoma de recto que pasa la serosa, poco diferenciado. Se clasifica como U Dukes C2, TNM IV, por lo que se decide colostomía en asa de transverso e inicio de quimioterapia neoadyuvante. **Conclusiones:** La incidencia de patología biliar y *situs inversus* es poco frecuente se ha reportado una incidencia de hasta .001% en nuestro medio. Encontramos mayor frecuencia en mujeres como fue el caso de nuestros pacientes. Es un tema muy importante dentro del ámbito quirúrgico por la dificultad al realizar por primera vez el diagnóstico de alguna patología abdominal y también reviste importancia durante la planeación de la cirugía.

205

CLÍNICA DE CIRUGÍA MAYOR DE CORTA ESTANCIA

Guillermo Rivas Santana, Gordillo GCA, Ronquillo LJ, Sida DJ, Rivas SG. Servicio de Cirugía. Hospital General Subzona, IMSS, Nuevo Casas Grandes, Chihuahua

Introducción: Desde hace varios años los países industrializados han tratado de disminuir los costos de los procedimientos quirúrgicos. En Estados Unidos son comunes programas de cirugías de corta estancia, cirugías de un sólo día o clínicas de cirugía ambulatoria. De hecho uno de sus metas, autoestablecidas para el 2000 era lograr que un 75% de todos sus actos quirúrgicos llegaran a ser de corta estancia... No parece que lo hayan logrado aún, pero, sin duda, están muy cerca. En Durango iniciamos un programa similar en 1997 con la histerectomía simple, logrando estandarizar la hospitalización total en un promedio de 32 h. Poco después integramos al programa a otros procedimientos de cirugía mayor (Mastectomías, parotidectomías, tiroidectomías y colecistectomías abiertas) llegando a contabilizar y presentar 155 casos exitosos presentados en 2001 como «cirugía mayor de corta estancia». Poco después, logramos intervenir, bajo esta premisa a más del 50% de los casos quirúrgicos en un mes en nuestra unidad (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Durango). A partir del 2005 establecimos la «Clínica de

cirugía mayor de corta estancia» que, lamentablemente tuvo una duración de sólo 2 meses. **Objetivo:** Presentar los resultados de la denominada clínica de cirugía mayor de corta estancia en el IMSS de Durango México. Durante los meses de abril y mayo de 2005. Análisis de resultados y revisión de la literatura. **Material y métodos:** Encuesta descriptiva de 325 casos en total: los primeros 158 reportados previamente en 1997 en el Programa de Cirugía mayor de corta estancia y los últimos 167 durante los meses de abril y mayo de 2005 durante la clínica de cirugía mayor de corta estancia. Todos los casos efectuados en quirófano, bajo anestesia general o regional electivos, no complicados y que aceptarían ser incluidos en el estudio. **Resultados:** 158 casos en 1997 de 5 procedimientos quirúrgicos mayores: Histerectomía total abdominal, mastectomía de cualquier magnitud, parotidectomía superficial o total, tiroidectomía total o subtotal y colecistectomía abierta, más 167 pacientes ingresados durante los meses de abril y mayo de 2005 (ya como clínica de cirugía mayor de corta estancia), agregando a los procedimientos quirúrgicos previos: Laparatomías, safenectomías, resecciones transuretrales, y orquiectomía radical 3 pacientes fueron excluidas del estudio por negarse a ser egresadas (en 1997). Más del 75% de nuestros pacientes fueron mujeres. La edad media de 43.4 años, la mayoría con riesgo anestésico quirúrgico. El promedio de minutos de anestesia fue de 133. El procedimiento más frecuentemente efectuado (dentro del estudio) fue la histerectomía abdominal, seguido de la mastectomía y la colecistectomía abierta. Incluimos una cesárea-histerectomía, 9 panhisterectomías por cáncer de ovario y una histerectomía más mastectomía radical modificada. Todos los pacientes abandonaron el hospital aproximadamente a las 32-36 h de su ingreso, completamente satisfechos de la atención. Cinco pacientes fueron atendidas en el postoperatorio a los 2-4 días de su egreso: Dos con seroma, dos con infección de herida quirúrgica y una con una hernia incisional. Sólo ésta última ameritó nueva hospitalización, aunque tiempo después de su egreso. **Conclusiones:** La cirugía mayor de corta estancia es un programa eficaz y seguro en una gran mayoría de procedimientos quirúrgicos electivos y comunes en hospitales de segundo y tercer nivel. Pero muchos otros procedimientos operatorios podrían ser manejados bajo estas bases. Las cesáreas, algunas amputaciones, algunas apendicectomías, las orquidopexias y etc. etc. etc. otros más que, a juicio de los especialistas de cada rama quirúrgica y dependiendo de su habilidad y seguridad consideren candidatos a una hospitalización acortada. En una presentación del programa un cirujano se levanta, indignado y nos reclamó que lo que queríamos hacer era abaratar la cirugía... Le contestamos que estaba en lo cierto.

206

CIRUGÍA AMBULATORIA EN ADULTOS MAYORES EN MEDIO RURAL

Carlos Agustín Rodríguez Paz. Servicio de Cirugía General. Hospital Rural 44, IMSS, San Luis Potosí, S.L.P.

Introducción: La cirugía en el adulto mayor es evitada por temores a su edad. La cirugía ambulatoria (CA) por su sencillez, ha reportado mejora y rápida re-incorporación de los pacientes a su entorno, esto último, indispensable en el adulto mayor. **Objetivo:** Describir nuestra experiencia inicial con CA en adultos mayores dentro de un Hospital Rural (HR). **Material y métodos:** Por estudio transversal, descriptivo observacional se recabaron los datos de los pacientes operados de enero de 2006 a diciembre de 2007 en un HR, padecimientos factibles de operar con anestesia local y local con sedación o bloqueo, ASA I y II, sin cirugías previas, que pudiera egresarse antes de las 6 h de intervenido; operando en un quirófano ajeno al de cirugía mayor. **Resultados:** De 235 operados por CA, 39 fueron adultos mayores (16%), 20 mujeres (51%), edad promedio de 72 años (Media de 65 a 83). Los tres procedimientos más comunes fueron plastía inguinal de Rutkow con 18 (46%), plastía umbilical de Mayo con 9 (23%) y exéresis de lipoma con 4 (10%). Hubo 2 complicaciones (5.1%). **Conclusiones:** La CA es una necesidad en las unidades de Cirugía Ambulatoria a fin de dar rápida respuesta y egreso a los mayores de 65 años; se presenta la estadística inicial de este grupo de edad que con ASA II y I fue mínima la morbilidad. Resta incrementar nuestro número de casos y de variedad de procedimientos, así como protocolizar pacientes ASA III.

207

SECUELAS DE POLIOMIELITIS Y EPENDIMOMA INTRARRAQUÍDEO ENMASCARADO. REPORTE DE CASO

Juan Manuel Alfaro Sobrino, Castillo CM, Pérez BA. Servicio de Cirugía. Hospital General de Puebla, SSA, Tehuacan, Puebla

Introducción: Diferentes estudios dan una incidencia baja en la frecuencia de estos tumores y se ha podido relacionar aproximadamente que de 9 tumores cerebrales se encuentra un tumor medular y en una aproximación de 1.1-2 por 100,000 habitantes. Los tumores intrarraquídeos de acuerdo a la ubicación topográfica y origen pueden producir en alguna oportunidad; al inicio, un síndrome radicular (tumores extradu-

rales) y posteriormente cuando evolucionan producen compresión medular con trastornos de las funciones motora, sensitiva y, finalmente, vegetativa por debajo del nivel implicado o afectado. Estas lesiones cuando se instalan comprometiendo la vía piramidal producen déficit motor espástico; reflejos osteotendinosos incrementados y el reflejo cutáneo plantar en extensión o Babinski; en cambio si compromete raíces la lesión va a ser trastorno motor flácido con déficit sensitivo correspondiente. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 44 años, con secuelas de poliomielitis. Las cuales constaban en paresia de extremidades inferiores y dificultad para la deambulación. Comienza su padecimiento con agudización de la pérdida de fuerza de extremidades inferiores que progresa a flacidez y arreflexia, con zonas de hipoestesia marcada el cuadro se agudiza con la fuga de orina por presencia de vejiga neurogénica. No se logra establecer si el nivel es lumbar o lesiona el cono medular, ni nivel parésico en los dermatomas. La TAC de cráneo y columna no reportan anomalía anatómica. Se realizan potenciales evocados y se determina que trata de una lesión nerviosa más que muscular por lo que ubica la altura para la realización de la IRM y detectar pequeño defecto. Es protocolizado para exploración quirúrgica se realiza abordaje posterior y dentro de los hallazgos se encuentra lesión que comprime conducto raquídeos vascularizada a nivel de L3, L4, firmemente adherida. Se realiza resección total y descompresión posterior de cuerpos vertebrales. Durante el postoperatorio sin complicaciones, la paraparesia se agudiza por lo que requiere iniciar rehabilitación debido a las secuelas de poliomielitis. Actualmente en las consultas de seguimientos se recibe el reporte histopatológico el cual es de ependimoma intrarraquídeo bordes quirúrgicos conservados la dependencia del paciente a los familiares es mínima ya deambula con apoyo de bastón y control parcial de esfínteres y sensibilidad recuperada en casi la totalidad. **Conclusiones:** Los tumores intrarraquídeos son relativamente poco frecuentes encontrándose en un 15% de los tumores del sistema nervioso central. La mayoría de estos tumores se desarrollan del tejido neural; filum terminal, raíces nerviosas o meninges que van a ocupar espacios en el compartimiento intradural y van a ser categorizados de acuerdo a la relación con la médula. Los tumores intrarraquídeos se originan del tejido neural. Un grupo de tumores pueden tener componente intramedular y extra-medular la que se extiende o comunica a través de una raíz nerviosa o la transición terminal del cono medular-filum terminal o similarmente algunos tumores intradurales pueden extenderse a través de la raíz nerviosa al compartimiento extradural. Los tumores más frecuentes que podemos encontrar son los neurilemomas, meningioma, ependimoma, astrocitomas, hemangioblastoma, dentro del grupo primario. Pudiendo también comprender un grupo extramedular como las metastásis, sarcomas, linfomas.

208

SUPRARRENALECTOMÍA BILATERAL Y DISECCIÓN RADICAL BILATERAL MODIFICADA DE CUERPO EN UN PACIENTE CON NEM 2B

Erick Servín Torres, Piscil SMA, Velázquez GJA, Galindo ML, Delgadillo TGH, Bevia PF, Ávila MO, Angulo FA, Galindo RME, Sosa CA, Marmolejo EJ. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades, IMSS, México, D.F.

Introducción: La neoplasia endocrina múltiple (NEM) es un trastorno neoplásico. Hay tres tipos de NEM; la NEM 2b se presenta con carcinoma medular de tiroides de inicio temprano, feocromocitoma y un fenotipo característico con neuromas mucosos y hábito marfanoide, pueden presentar ganglioneuromas intestinales. **Reporte del caso:** Femenino de 24 años con habitus marfanoide y presencia de neuromas en lengua y comisura labial, con antecedentes de tiroidectomía fuera de nuestro hospital en el 2002 y resección de neurofibroma plexiforme en mucosa labial. En el 2007 presenta hipertensión arterial sistémica motivo de envío a nuestra unidad; se realiza protocolo completo para feocromocitoma con TAC positiva para tumoración suprarrenal izquierda, Gammagrama positivo bilateral y ácido valinilmandélico y metanefrinas elevadas. Se somete a suprarrenalectomía bilateral, con resultados de feocromocitoma izquierdo e hiperplasia suprarrenal derecha, evolucionando en forma satisfactoria con disminución inmediata de cifras tensionales. Dos meses después se realiza disección radical modificada bilateral de cuello por presencia de adenomegalias, las cuales resultan positivas para carcinoma medular de tiroides. La paciente ha evolucionado en forma satisfactoria, sin evidencia de recidiva hasta la fecha. **Conclusiones:** La NEM 2b es una entidad que se caracteriza por presencia de carcinoma medular de tiroides, feocromocitoma bilateral y neuromas mucosos; esta enfermedad presenta un curso más agresivo que el resto de NEM, no existe una frecuencia de presentación reportada en la literatura, y se recomienda ampliamente la detección temprana y realización de tiroidectomía profiláctica (antes de la presencia de carcinoma medular de tiroides). Nuestro caso ejemplifica desgraciadamente la falta de detección oportuna y el envío de una paciente 5 años después de realizada la tiroidectomía con reporte de carcinoma medular de tiroides y la biopsia excisional de un neurofibroma en labio, lo que empobrece el pronóstico de la paciente, a pesar del manejo quirúrgico otorgado.

209

ENDOMETRIOSIS UMBILICAL. REPORTE DE 2 CASOS HOSPITAL GENERAL SALAMANCA

María Araceli Hernández Morales, Díaz MD, Gasca PJ, Robles FA, Romero CA. Servicio de Cirugía. Hospital General Salamanca, SSA, Irapuato, Guanajuato

Introducción: La endometriosis afecta del 8 al 15% de las mujeres en edad fértil siendo su localización más frecuente intrapélvica; la localización umbilical es la más frecuente de las endometriosis cutáneas alcanzando el 1%; ocurre con mayor frecuencia como un proceso secundario localizado en cicatrices quirúrgicas abdominales o pélvicas (hernioplastia, cesárea, laparotomía), se caracteriza por lesión nodular, modificaciones durante la menstruación como dolor, sangrado y aumento de volumen y pigmentación cutánea. El diagnóstico diferencial debe establecerse con hernia umbilical irreductible, granuloma piogénico, hemangioma, onfalitis, entre otros. La escisión completa del endometrioma de la pared abdominal es el tratamiento de elección y suele ser curativo. **Reporte del caso:** Caso 1: Paciente de 46 años, postoperada de histerectomía por miomatosis uterina. Referida a cirugía por dolor umbilical. Durante su exploración cicatriz umbilical dolorosa, con pigmentación violácea en el fondo. Se ingresa con diagnóstico de hernia umbilical estrangulada. Se realiza escisión completa de la cicatriz umbilical. Patología reporta endometriosis umbilical con bordes libres de lesión. Caso 2: Paciente de 49 años de edad, con antecedente de postoperada de histerectomía por miomatosis uterina y plastia umbilical, cursa con cuadro de 6 años de evolución con dolor, aumento de volumen y sangrado de cicatriz umbilical durante el periodo menstruación cuadro clínico que mejora parcialmente posterior a histerectomía. Durante exploración presenta pigmentación negra del fondo, sin sangrado, dolorosa. Se realiza escisión de cicatriz umbilical. Patología reporta endometriosis umbilical, con hemorragia antigua, con bordes libres de lesión. **Conclusiones:** La endometriosis umbilical es un padecimiento poco frecuente, el tx definitivo es quirúrgico.

210

EXPERIENCIA INICIAL EN CIRUGÍA MENOR AMBULATORIA EN UN HOSPITAL DEL ISSSTE

Carlos Agustín Rodríguez Paz. Servicio de Cirugía General. Hospital General, ISSSTE, San Luis Potosí, SLP

Introducción: La cirugía ambulatoria (CA), ayuda a mejorar la atención quirúrgica, evitar problemas logísticos con las cirugías mayores (CM), retardo en la programación, con una morbilidad entre 0.8 a 1.3 y mortalidad hasta 1%. La cirugía menor ambulatoria (CIMEAM) al realizarse exclusivamente con anestesia local, permitiendo un egreso inmediato. **Objetivo:** Describir la experiencia inicial de la CIMEAM en un Hospital de Segundo Nivel. **Material y métodos:** Por estudio descriptivo, transversal, observacional, se registraron los pacientes operados con anestesia local con xilocaína 2%, programados los fines de semana con un proceso independiente al de la CM, del 30 agosto de 2007 al 30 de abril de 2008, que no hayan sido re-intervenidos por la misma causa, masas menores de 10 c, y no tuvieran riesgo operatorio mayor a ASA-II. Se tabularon las variables de: edad, sexo, complicaciones, motivo de cirugía y tiempo de cirugía. **Resultados:** De 726 pacientes programados, 105 correspondieron a CIMEAM (14%), 54 pacientes femeninas (53%), promedio de edad 49 años (rango 16 a 90), con 15 procedimientos distintos siendo los primeros cuatro: exéresis de lipoma 43 casos (41%), exéresis de quiste sebáceo 16 casos (15%), biopsia para estudio 15 casos (14%) y vasectomía 9 casos (8%), fueron dos complicados (1.9%) sin mortalidad. No hubo diferimiento de programación. **Conclusiones:** En nuestra serie los motivos del CIMEAM fueron similares a otras, con menor morbilidad (1.9%). Facilitó los procesos quirúrgicos permitiendo egresar de manera inmediata a los pacientes, evitando congestión de programación entre semana, permitiendo ser oportuno en la prestación del servicio quirúrgico.

211

ELASTOFIBROMA DORSI: TUMOR RARO DEL TEJIDO CONECTIVO

Tránsito Alonzo Amaya Echanove, Herrera GA. Servicio de Cirugía. HGR # 12, IMSS, Mérida, Yucatán

Introducción: El elastofibroma es un tumor raro, benigno, de crecimiento lento del tejido conectivo que se suele localizar en la región infraescapular y que es típico de mujeres mayores. Fue descrito en 1961 por Jävi y Saxen. Histológicamente se caracteriza por fibras elásticas anormalmente acumuladas y se considera un proceso degenerativo de las fibras elásticas. Macroscópicamente se confunde con un sarcoma de partes blandas. La etiología es confusa, aunque hay un predominio de personas que realizan un trabajo manual que implica la cintura escapular, así el traumatismo repetido debido a la fricción mecánica del omoplato contra las costillas se ha sugerido como inductor del proceso. No

se conoce su incidencia exacta, usando tomografía axial se ha publicado una incidencia del 2%. El 93% de los casos se presentan en mujeres mayores de 55 años. **Reporte del caso:** Femenina de 63 años que acude por presentar tumoración en el dorso. **Antecedente:** Maestra de primaria, alérgica a la dipirona. Padecimiento actual: iniciado hace 6 meses al notar aumento de volumen en el dorso, de crecimiento lento, sin dolor ni limitación de los movimientos. **EF:** Presenta tumoración de aproximadamente 10 cm, localizada en la región escapular derecha que se oculta con la abducción del brazo y se hace más evidente con la flexión anterior del mismo, de consistencia sólida, fija, delimitada, que produce elevación de la escápula con el movimiento. **US:** Reporta hallazgos compatibles con lipoma subescapular. Se efectuó exéresis colocando a la paciente en decúbito lateral izquierdo con flexión del brazo derecho hacia el tórax y con anestesia local y sedación intravenosa. Incisión transversal sobre la lesión. Localizándose bajo el plano aponeurótico una masa blanquecina, fibrosa, adherida, mal delimitada, la cual se diseca en forma cortante separándola del plano aponeurótico y del vértice de la escápula. Se corroboró hemostasia y se colocó drenaje cerrado. Evolución postoperatoria satisfactoria presentando limitación para los movimientos del hombro y brazo por un periodo de 10 días. La deformidad desapareció en forma completa. Actualmente a 3 meses la paciente está asintomática y sin datos de recidiva. **Conclusiones:** Aunque el elastofibroma Dorsi es una patología rara y benigna, su importancia radica en que produce una gran deformidad de la región dorsal además que desde el punto de vista macroscópico se confunde con un sarcoma de partes blandas, por lo que debe hacerse el diagnóstico diferencial.

212

MANEJO DE HERIDAS EN LA CIRUGÍA MEXICA

Andrés Romero Huesca, Bautista VE, Bautista VA, Moreno AE, Sánchez BMA, Villegas TP, Ramírez BJ, García NSI. Servicio de Cirugía General. HGZ # 30, IMSS, México, D.F.

Introducción: México-Tenochtitlán se estableció como la joya del mosaico político y cultural de Mesoamérica su práctica médica y quirúrgica es considerada como uno de los más grandes testimonios del esplendor de su cultura. Los médicos mexicas integraron una nomenclatura médico-quirúrgica que reflejaba sus grandes adelantos en este campo del saber. **Objetivo:** Conocer el manejo de heridas en el imperio mexica. **Material y métodos:** Referencias. 1. García MB. La creación de la Nueva España. En: Historia General de México, el Colegio de México, versión 2002, México, p 241. 2. Carrasco P. Cultura y Sociedad de México Antiguo. En: Historia General de México, Versión 2000 p 183. 3. Trabulsee E. Historia de la Ciencia en México Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Fondo de Cultura Económica México 1997. p. 44. 4. Cruz M: Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis, manuscrito azteca de 1552 según traducción latina de Juan Badiano Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano del Seguro Social México, 1991. 5. García J. Los Médicos de México en el siglo XVI. En: García I. J Opúsculos Varios, México, Ed Agüeros 1986, p 71. 6. Sahagún Fray B: Historia General de las Cosas de Nueva España, con numeración, anotación, y apéndices Ángel María Garibay, Ed Porrúa «Sepan cuantos» No. 300, México 1999, pp. 561-562. 7. Clavijero FJ: Historia Antigua de México, Prólogo de Mariano Cuevas, Ed Porrúa «Sepan cuantos» No 29, 1991, p 262-265. 8. Viesca TC. La Medicina Prehispánica. En: El Mundo Prehispánico Vol I. Gran Historia de México Ilustrada, Planeta CONACULTA, Instituto Nacional de Antropología e Historia México 2001. 9. Ortiz MB: Medicina, Salud y Nutrición Aztecas, México Siglo XXI Eds 1993. 10. Flores TFA: Historia de la Medicina en México, TI y TII, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1992. **Resultados:** Procedimientos quirúrgicos realizados. Suturas. La técnica de sutura utilizada fueron los puntos separados empleando cabellos limpios aplicando posteriormente sobre las heridas en general bálsamos, maripenda y leche del itzontecpatli, del tabaco y otras hierbas. Manejo de heridas. Denominaban a las heridas tlacocollí y desarrollaron un completo sistema de clasificación relacionado por un lado, con los instrumentos causales generalmente las armas de guerra como flechas, lanzas, macanas, hondas para lanzar piedras, dardos lanzados con tiradera, picas largas y espadas de madera con filos de obsidiana. Por otro lado, de acuerdo con Flores y Troncoso, las clasificaron en relación a las regiones anatómicas comprometidas: al primer grupo corresponden las temotzoliztli heridas superficiales o rasguños; vitztli heridas de espina; tlaxipeualiztli heridas contusas; tlaxoteualiztli heridas cortantes continuas; teixililiztli heridas punzantes; tlaxilli heridas penetrantes causadas por lanza; teputzonaliztli las heridas cortantes en general. Para las heridas leves de la cabeza, o las producidas por instrumentos punzocortantes recomendaban lavarla con orina caliente y aplicar una penca de maguey asada sobre la lesión, agregando sal y cubriendo con un lienzo, este tratamiento lo aplicaban dos o tres veces al día. **Conclusiones:** A su llegada los peninsulares se sorprendieron por el alto nivel cultural desarrollado por los pueblos indígenas así como el avance de la ciencia en distintas ramas del saber. Especialmente en el campo de la medicina y la cirugía lograron sorprendentes avances respecto a diagnóstico, tratamiento y pronóstico de enfermedades internas y externas en los diversos aparatos y sistemas.

213

HIDRADENITIS SUPURATIVA. REPORTE DE UN CASO

Daniel Olivares Bañuelos, Cruz MIA, Boeta AL, Olaeta ABM, Mancilla FCE, Xoxhipostequi MCA, Guadarrama OP, Peñavera HR, Rodríguez RFE. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México, SSA, México, D.F.

Introducción: La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria, crónica, recurrente; originada por un defecto del epitelio folicular de las glándulas apocrinas, que conduce a su bloqueo o infección secundaria, pudiendo llegar a provocar lesiones y trayectos fistulosos que supuran en forma crónica; se puede localizar en axila, ingle, periné, región anoperineal y piel cabelluda. La incidencia es de 1 entre 300 a 600 personas adultas. Generalmente se manifiesta a partir de la pubertad y es rara después de los 40 años. La obesidad y la tendencia genética al acné son posibles factores predisponentes. **Reporte del caso:** Masculino de 27 años, sin antecedentes de importancia. Padecimiento de 10 años de evolución con presencia de dermatosis diseminada a huecos axilares, tronco, región genital de forma bilateral, constituida por fistulas, abscesos dolorosos y deformidad del área. Hace tres años se realizó escisión en bloque de hueso axilar izquierdo, se reparó mediante cierre primario. Posteriormente al año, las lesiones vuelven a aparecer con exacerbación del dolor y supuración de región axilar y torácica lateral derecha (plastrón de 30 x 45 cm). Realizamos resección en bloque del plastrón en hueso axilar y pared torácica, dejando cicatrizar por segunda intención el área cruenta con la ayuda de apósitos de plata (Acticoat) y posteriormente con apósitos de hidrocólido (Duoderm), para acelerar el proceso. Histopatológicamente se encontró dermatitis crónica extensamente ulcerada con tejido de granulación y formación de fistulas hacia tejido subcutáneo. **Conclusiones:** La hidradenitis supurativa es un padecimiento poco frecuente. En casos leves se utilizan medidas conservadoras como fomentos de agua caliente, limpieza de la región y aplicación de antisépticos tópicos. El uso de antibióticos como clindamicina o tetraciclina es la regla por el proceso infeccioso agregado; se ha utilizado los retinoides, esteroides tópicos o sistémicos. Existen otros tratamientos inmunosupresores como ciclosporina el infliximab. Cuando progresa, el tratamiento es necesariamente quirúrgico, la cicatrización por segunda intención es una opción viable; se puede realizar reconstrucción del área de diversas maneras, entre las que se encuentran colocación de injertos o colgajos, con el riesgo de que recidive. La cirugía y dejar cicatrizar por segunda intención ofrece mejores resultados con menor porcentaje de recurrencia y en este caso en particular se evidenciaron buenos resultados con la terapia adyuvante de apósitos de plata (Acticoat) y apósitos de hidrocólido (Duoderm).

214

ORGANIZACIÓN Y DISPOSICIÓN DE LAS SALAS DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REAL DE NATURALES DE MÉXICO EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XVIII

Andrés Romero Huesca, García NI, Silva MR, Lavín LA, Ramírez BJ. Servicio de Cirugía General. HGZ #30, IMSS, México, D.F.

Introducción: La fundación del Hospital Real de Naturales (HRN), en la capital de la Nueva España, se realizó de un modo gradual de acuerdo a las necesidades y características de la sociedad indígena de esa época. La cédula de fundación del hospital con fecha del 18 de mayo de 1553 menciona que: «es muy necesario que en esta ciudad de México se haga un hospital donde sean curados los indios pobres, que allí ocurren, que dizque acaecen venir de fuera muchos de ellos, y del trabajo del camino adolecen y que también hay muchos de los naturales en esa ciudad que cuando enferman no hay donde sean curados y que para que tuviesen donde se alberguen convenía mucho hacerse el dicho hospital». La institución se distinguió por tener una organización y administración de carácter laico. Guillermo Fajardo Ortiz lo considera como la primera medida oficial planeada por la corona para proteger la salud por estar dedicado exclusivamente a los indios. Señala Charles Gibson: «...el Hospital Real de Indios, la más dráderera de las instituciones para no blancos, tenía ocho salas, dos médicos, dos cirujanos, en el siglo XVIII...su existencia continúa mientras fracasaban otras instituciones para indígenas...» El hospital estaba situado a espaldas del Convento de San Francisco y al otro lado de la acequia, el Real Colegio de Niños Estudiantes de San Juan de Letrán. El edificio ocupó una amplia manzana limitada por las siguientes calles: al oriente el «Hospital Real» (después San Juan de Letrán y actualmente Eje Central Lázaro Cárdenas); Al sur La Calle del Santísimo (hoy Victoria) y el callejón de la Teja (hoy Aranda); el poniente el Puente del Santísimo (hoy tercera calle de Dolores) y al norte la calle de los Rebeldes (hoy Artículo 123). **Objetivo:** Conocer la disposición de las salas de enfermería del Hospital Real de los Naturales y así poder recrear la vida cotidiana en dicho lugar. **Material y métodos:** Se utilizan las series documentales del Hospital Real de Naturales que incluyen los volúmenes del 1 al 78, que existen en el Archivo Histórico del Instituto Nacional de Antropología e Historia de México durante el periodo de año 2004 a 2006 y contienen una diversidad de documentos referentes al tema medular de esta investigación las ca-

racterísticas arquitectónicas, mobiliario, situación y disposición de cada una de las siete salas de enfermería localizándolas dentro del plano general del hospital, que permitan reproducir la vida hospitalaria tanto en el aspecto de la atención médica como también de la población atendida, en el periodo de esplendor del hospital entre 1768 a 1788. Este aspecto no se ha investigado hasta la fecha. **Resultados:** El ingreso diario aproximado generalmente era de 15 a 20 pacientes. Una vez en la sala respectiva el paciente era recibido por el practicante mayor quien lo instalaba en su cama, previamente arreglada, hacía una valoración del caso hasta llegar al diagnóstico clínico e indicaba y proporcionaba las medicinas adecuadas que se encontraban almacenadas en las alacenas y estantes de esa sala. Si el caso era quirúrgico el practicante menor realizaba la curación de las lesiones para lo cual contaba con el material almacenado en los muebles de la enfermería como vendas, hilas, suturas, y material antiséptico especialmente alcohol que el proveedor compraba por barriles. **Conclusiones:** Las salas de enfermería tenían las condiciones sanitarias de limpieza, amplitud, ventilación y temperatura y luz adecuadas para la recuperación de los pacientes. Con una longitud aproximada de 40 por 6 metros aproximadamente, permitía libremente la circulación del personal médico y de enfermos; donde estaban acomodadas dos filas de aproximadamente 50 camas en cada servicio, una frente a la otra, con la cabecera hacia la pared y la piqueta hacia el pasillo central de aproximadamente 2 metros de ancho, de modo que junto a cada una de las dos paredes laterales de la sala estaban 25 camas frente a frente; separadas entre sí por un pasillo lateral de aproximadamente 1 metro.

215

LA CIRUGÍA EN EL ANÁLISIS HISTORIOGRÁFICO DE LAS HISTORIAS DE HERÓDOTO

Andrés Romero Huesca, Moreno AE, García NSI, Bautista VE, Villegaz P, Ramírez BJ, Lavín LAJ, Ponce LFJ. Servicio de Cirugía General. HGZ # 30, IMSS. México, D.F.

Introducción: Heródoto de Halicarnaso, desarrolla su vida y obra en el siglo V a.C. considerado como el padre de la historia. Heródoto, en sus Historias, marca el inicio de la historia científica basada en la observación, reflexión y análisis de los acontecimientos. Desarrolla con toda libertad una narración erudita, objetiva y clara de los hechos para descubrir los pretextos, y causas para determinar sus consecuencias. **Objetivo:** Conocer la relación entre la cirugía y las historias descritas y popularmente conocidas por Heródoto. **Materiales y métodos:** Se realiza una investigación bibliográfica y un análisis historiográfico sobre las historias descritas por Heródoto consultando fuentes secundarias como principal sustrato para las afirmaciones descritas. **Resultados:** Heródoto de Halicarnaso, desarrolla su vida y obra en el siglo V a.C. considerado como el padre de la historia. Heródoto, en sus historias, marca el inicio de la historia científica basada en la observación, reflexión y análisis de los acontecimientos. Desarrolla con toda libertad una narración erudita, objetiva y clara de los hechos para descubrir los pretextos, y causas para determinar sus consecuencias. Describe el modelo mágico-religioso del proceso salud-enfermedad, etiología, métodos de diagnóstico, tratamiento y pronóstico de enfermedades. Hace una narración del esplendor de la medicina egipcia sobre la especialización de los médicos, las diferentes técnicas de embalsamar cadáveres, materia médica, y enfermedades más frecuentes. Destaca los procedimientos quirúrgicos realizados en las grandes culturas, como la circuncisión, castración, amputaciones punitivas de las orejas, nariz, manos, evisceración ocular y mastectomías otorgando especial interés a los mecanismos y manifestaciones clínicas de heridas traumáticas, y su manejo con sustancias antisépticas. Su obra tiene un carácter universal y es importante para el devenir de la humanidad, y proyectar su obra hacia el futuro. «Para que no se desvanezcan con el tiempo los hechos de los hombres y para que no queden sin gloria grandes y maravillosas obras, así de griegos como de los bárbaros y sobre todo, la causa por la que se hicieron la guerra». **Conclusiones:** Se concluye que las historias descritas por Heródoto tienen una relación directa CDON el desarrollo de la cirugía hasta ese momento conocida.

216

NECROSIS BILATERAL DE EXTREMIDADES INFERIORES SECUNDARIAS A HIPOTERMIA. REPORTE DE UN CASO

Carlos Campos Castillo, Dieguez JC, Garza FH, Carrasco AM, Díaz CC, Alcocer I, Zaldívar RR, Rubio SM, Bermúdez LJ. Servicio de Cirugía. Hospital General de México, O.D., SSA, México, D.F.

Introducción: El hombre, como especie, es un mamífero homioi térmico, el cual, se encuentra adaptado para sobrevivir en regiones donde las temperaturas bordean los 27 °Celsius. La hipotermia conduce lesiones compatibles en la piel llevando a la muerte celular por isquemia. Un 12% de los pacientes presentan afección simultánea de manos y pies. Finalmente, un 3% reflejan efectos nocivos de frío en nariz, orejas, labios. En el Servicio de Cirugía General del Hospital General de México, O.D., la causa fundamental de necrosis isquemia de miembros pélvicos, es la provocada por

pie diabético, patología que es una de las primeras 10 causas de egreso del servicio y que son diagnosticados, manejados y tratados en la clínica de pie diabético; sin embargo, la necrosis isquemia de ambas extremidades inferiores por hipotermia no la habíamos observado. **Objetivo:** El objetivo de este comunicado es presentar el caso de un paciente con necrosis bilateral de ambas extremidades inferiores secundarias a congelamiento por temperaturas menores a 25 grados y cuyo tratamiento consistió en amputaciones bilaterales transmetatarsianas lo que resultó en secuela funcional parcial al final del tratamiento. **Materiales y métodos:** En la clínica de pie diabético que se encuentra funcionando en el Servicio de Cirugía General del Hospital General de México, el cual tiene carácter multidisciplinario en la que participan los servicios de endocrinología, urgencias, vascular periférico, reumatología, salud mental, consulta externa, ortopedia, infectología y cirugía general son diagnosticados, revisados, manejados y tratados quirúrgicamente en promedio anual de 3,500 pacientes a los que se les somete a historia clínica y protocolo de estudio que incluye: arteriografía, USG Doppler de extremidades inferiores y curaciones para control del proceso infeccioso; no se encontraron entre ellos ningún caso como el que presentamos en este trabajo. **Resultados:** Se trata de un paciente del sexo femenino de 71 años de edad, oriunda del estado de Oaxaca, que habla dialecto zapoteca, lo cual inició su padecimiento actual 15 días antes a su ingreso tras haber participado en una peregrinación cuyo destino final era la cd. de México (durante el mes de enero), refiriendo el familiar el uso de sandalias durante la misma, habiendo notado cambio de coloración sobre tercio distal de ambos pies y talones, hasta adquirir un aspecto completo de necrosis de ambos miembros pélvicos sin recibir algún tipo de tratamiento sino hasta llegar a esta institución. Durante la permanencia en la misma se realizaron estudios radiológicos de ambos miembros pélvicos y análisis bioquímicos para descartar enfermedades concomitantes como diabetes mellitus, padecimientos reumatológicos, protocolizando su estudio clínico e interconsultando a servicios como vascular periférico, hematología y reumatología, los cuales descartaron patologías pertenecientes a dichas especialidades, por lo que no se demostraron causas metabólicas o inmunológicas causantes de dicha necrosis más que el propio congelamiento. Por lo tanto, se realizó amputación transmetatarsiana de extremidad derecha, con desarticulación de 1ro y 5to metatarsianos y desarticulación de 2do, 3ro y 4to orjeos de extremidades izquierda y desbridamiento de úlcera plantar derecha. La paciente evolucionó adecuadamente y se dio de alta por mejoría. **Conclusiones:** El funcionamiento de la clínica de pie diabético en el Hospital General de México ha mejorado el nivel de vida de los pacientes por su carácter multidisciplinario y ha disminuido el número de amputaciones. El cambio climático que ha sucedido en todo el globo terráqueo ha influido notablemente en la temperatura ambiental produciendo patologías antes no vistas en estas latitudes en países como el nuestro en el que el promedio de la temperatura anual es más o menos templado.

217

REPORTE DE CASO (MALFORMACIÓN DE ARNOLD CHIARI)

Adrián Hurtado Villagómez, Burciaga G. Servicio de Cirugía. Hospital General Durango, SSA, Morelia, Michoacán

Introducción: La malformación de Chiari es un desplazamiento hacia abajo de la porción caudal del cerebelo (amígdalas cerebelosas) y en ocasiones del tronco cerebral, que se encuentran situados por debajo del foramen magno (3 mm por debajo de éste por imagen de RM). Se clasifica actualmente en 2: la Tipo I: de presentación en la vida adulta sin presentar espina bífida, hidrocefalia, encefalocele o bien hipoplasia del cerebelo, y la Tipo II: de presentación pediátrica asociado a los ya mencionados. Actualmente se aceptan 4 teorías: 1. Teoría de la tracción: en el tipo II la malformación lumbar ejercería una tracción sobre las estructuras de la fosa posterior, originando el descenso de las estructuras de la fosa posterior. 2. Teoría de la alteración de la dinámica de flujo: la presencia de hidrocefalia ejercería presión sobre el cerebelo y tronco en sentido caudal, dando lugar a un desplazamiento de dichas estructuras a través del foramen magnum. 3. Malformación primaria del tronco cerebral (poco probable). 4. Desarrollo insuficiente de la fosa posterior: según esta teoría, que aparece como la más plausible, el cerebelo no sería traccionado ni empujado, sino que se vería obligado a crecer en la dirección del canal raquídeo debido al escaso volumen de la fosa posterior. La forma clínica clásica de presentación: cefalea por hipertensión endocraneana, nistagmo, diplopía, parálisis del VI par, tinnitus, disfagia, debilidad, parestias, espasticidad. Dx diferenciales: EM, padecimientos ocupativos o lesión vascular de la región del agujero occipital o medular cervical alta. TX: descompresión suboccipital y laminectomía cervical superior, con indicación aquéllos con crecimiento del siringe o sintomáticos inestables. **Reporte del caso:** Paciente femenina de 37 años de edad, la cual ingresa el día 27-03-08, con antecedente de HTA de reciente inicio, la cual presenta cuadro desde enero de 2008, con presencia de cefalea progresiva que se exacerba con la tos o estornudos, vértigo, y parestias en hemicuerpo izquierdo, de predominio en brazo y hombro ipsilateral, acompañado de disfagia, sensación de opresión retroesternal. A la exploración física, con nistagmos rotatorio ligero y ligera

ptosis izquierda, reflejo de deglución disminuida al igual que el nauseoso, y fuerza muscular en brazo izquierdo de 3/5, con alteración en la sensibilidad termoalgésica en brazo izquierdo (en parches), se agregan en su estancia hospitalaria, abolición total de reflejo nauseoso, diplopía vertical, con alteración de la marcha. Se realiza RMN de cráneo y columna cervicotorácica, encontrando imágenes sugerentes de siringomielia e hidromielia, además de descenso de amígdalas cerebelosas, se trata de manera quirúrgica realizando derivación siringo-aracnoidea y descompresión suboccipital el día 4-04-08. La paciente con buena evolución clínica que actualmente sólo presenta disfonía moderada y persiste ligera alteración en la deglución. RM: Corte sagitales, en secuencias T1 y T2 donde se observa descenso de las amígdalas cerebelosas, en más de 5 mm y que se acompaña de fosa posterior pequeña y dilatación del conducto ependimario a partir de C2 por siringomielia. **Conclusión:** De acuerdo a lo mencionado en la bibliografía esta patología aunque rara tiene una secuencia de presentación clínica acorde al grado de afectación central y medular, por lo cual los síntomas y signos clínicos pueden ser diversos, y en la cual hay que sospechar siempre que se nos presente un sx de hipertensión endocraneal o bien cerebeloso lentamente progresivo, y como apoyo indispensable la RM que es el estudio de gabinete estándar para poder llegar al Dx, en cuanto al manejo una de las alternativas terapéuticas es la descompresión suboccipital y derivación siringo-aracnoidea.

218

TRATAMIENTO DE MORDEDURA DE PERRO EN CARA. REPORTE DE UN CASO

Rodrigo Aguilar Quintana, Milla BC, Rodríguez SR, Palacio VF, Castañeda RA, Cruz MH. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional General «Ignacio Zaragoza», ISSSTE, Oaxaca, Oaxaca

Introducción: La Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la rabia señala «la sutura de la herida debe dejarse para más adelante» «sin embargo, si es necesario suturar inmediatamente, se procederá primero a la aplicación del suero antirrábico» existe pues la controversia si se debe o no suturar invariablemente una herida por mordedura de perro. **Reporte del caso:** Masculino de 79 años de edad originario y residente de México, D.F., pensionado, sin antecedentes de importancia, alcoholismo ocasional, tabaquismo negativo. Acude al Servicio de Urgencias con heridas en cara por mordeduras de perro de 4 horas de evolución, con desprendimiento de dorso nasal exposición de tabique nasal, cartílagos alares y mucosa nasal derecha, ambos pabellones auriculares con pérdida de su anatomía, surcos nasogenianos con heridas profundas exponiendo maxilar superior, escalpe de 12 cm en región frontoparietal izquierda, así como múltiples heridas en todo el cuero cabelludo. Se decide pasar a quirófano para realizar lavado mecánico y reconstrucción facial. El Servicio de Cirugía General realiza lavado mecánico con yodopovidona y agua oxigenada, además de 10 litros de solución fisiológica tibia por irrigación de todas las heridas en cara y cuero cabelludo, se reconstruye dorso nasal, pabellones auriculares, se afronta escalpe, además de múltiples heridas en cara y cuero cabelludo. Durante su estancia intrahospitalaria se mantiene clínicamente estable manejado con triple esquema antibiótico, inmunización con toxoide tetánico, así como gammaglobulina, evoluciona hacia la mejoría, se da de alta al séptimo día postquirúrgico con heridas adecuadamente afrontadas, sin presentar en ningún momento de su evolución datos de infección. Al día 15 de evolución visto en la consulta externa, presenta todas las lesiones con adecuada cicatrización sin secuelas estéticas ni funcionales. **Conclusiones:** Concluimos que toda herida por mordedura de perro debe ser suturada de inmediato previo aseo y desbridación de la zona, acompañado de antibioticoterapia sistémica.

MÓDULO: VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

219

AGENESIA VESICULAR

José Antonio Licona Ortiz, Contreras AA, Pérez HN, Lozada LJ, Arteaga GLA, Núñez MM. Servicio de Cirugía. Hospital 1ro de Octubre, ISSSTE. México, D.F.

Introducción: La ausencia congénita de vesícula biliar es una alteración rara, que usualmente es diagnosticada como colecistolitiasis por las manifestaciones clínicas presentadas, la colangiografía, ultrasonido transoperatorio y de forma postoperatoria mediante imágenes por resonancia magnética o mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) confirman el diagnóstico. **Objetivo:** Se reporta el caso de una paciente de 56 años de edad, con diagnóstico de agenesia vesicular. **Material y métodos:** Paciente femenina de 56 años de edad ingresada vía urgencias por presentar dolor tipo cólico, en hipocondrio derecho posterior a la ingesta de colecistoquinéticos con irradiación hacia epigastrio, de intensidad moderada, se acompaña de náusea y vómito en cuatro ocasiones de contenido gastrobiliar. Pensando en patología vesicular agudizada, se le realizó un ultrasonido donde se comenta litiasis vesicular agudizada, por lo ante-

rior y aunado a la presentación clínica se programa para colecistectomía laparoscópica, con hallazgo transoperatorio de ausencia de vesícula biliar. Se le realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica postoperatorias, donde se confirma ausencia vesicular. **Resultados:** Se realizó laparoscópica con exploración del sitio vesicular con identificación del porta hepatis, sin incidentes ni accidentes con ausencia de vesícula biliar, se realizaron estudios complementarios mediante colangiografía tomográfica con reconstrucción tridimensional, los cuales confirman el diagnóstico de agenesia vesicular. **Conclusiones:** La agenesia vesicular es un padecimiento raro, en la cual los pacientes son sometidos a procedimientos quirúrgicos con diagnóstico clínico e incluso ultrasonográfico de litiasis vesicular. La colangiografía transoperatoria puede ser peligrosa en este tipo de pacientes debido a la ausencia de estructuras anatómicas normales y la imposibilidad para la disección de lo que correspondería al triángulo de Calot lo que representa incremento de lesiones a estructuras biliares y vena porta. Por lo tanto la colangiorenoscopia magnética parece ser un enfoque adecuado para confirmar el diagnóstico, así como colangiografía por tomografía o en su defecto colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con los riesgos que implica.

220

AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR

Pablo García Robles, Álvarez OJ, García BA, Vázquez NL, García MJ. Servicio de Cirugía General. Hospital Xoco, GDF, México, D.F.

Introducción: Las alteraciones o variedades anatómicas congénitas de la vía biliar extrahepática tienen gran relevancia desde el punto de vista quirúrgico debido al gran número de cirugías que se efectúan en el mundo por patología biliar, y más ahora con el desarrollo de los procedimientos laparoscópicos y reconocimiento de estas variantes anatómicas. Dentro de ellas, la agenesia vesicular (AV) pareciera no tener repercusión de acuerdo a su baja frecuencia, ni tampoco en la trascendencia clínica de su ausencia aislada. Sin embargo, es más que una simple «curiosidad» quirúrgica, debido a: 1) la dificultad para realizar el diagnóstico preoperatorio así como el diferencial; 2) la asociación en el mismo paciente con otras alteraciones congénitas probablemente no identificadas; 3) la evidente presentación familiar, y probablemente la de mayor importancia; 4) la necesidad de una adecuada exploración transoperatoria, con colangiografía, que corrobore su ausencia o que excluya una posición ectópica de la vesícula biliar. La falta congénita de la vesícula biliar (o agenesia vesicular) y del conducto cístico se produce cuando hay un desarrollo deficiente de la división caudal del divertículo hepático primitivo o no se produce vacuolización tras la fase sólida del desarrollo embrionario. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino e 35 años de edad que ingresó al Servicio de Urgencias secundario a presentar ictericia progresiva y dolor en hipocondrio derecho, una semana de evolución náusea, vómito, dolor e ictericia progresiva dolor de intensidad media alta, tolerable, sin fiebre, sin irradiaciones. Se realiza estudio USG con reporte e ictericia obstructiva colédoco dilatado, vesícula excluida. Se realiza programación quirúrgica para exploración de vía biliar por probable coledocolitiasis, encontrando transoperatoriamente múltiples adherencias, vesícula biliar sin forma aparente, deformación de vía biliar, tracción lateral derecha y material con abundante tejido periinflamatorio, dilatación de vía biliar, se decide realizar exploración de tejido adherido hacia hígado en búsqueda de vesícula, sin encontrarse, con sección de biliar, encontrando lito enclavado en colédoco sin vesícula macroscópicamente diferenciada, se decide realizar derivación biliodigestiva, hepatoyunoonastomosis término lateral con Y de Roux. Paciente evoluciona clínicamente estable y hacia la mejoría después del periodo quirúrgico, egresado sin complicaciones postoperatorias. **Conclusiones:** Existe acuerdo en la bibliografía mundial de que se trata de una alteración congénita poco frecuente, que se presenta aproximadamente de 13 a 65 casos por 100,000 habitantes. Aunque la frecuencia hombre: mujer en estudios *post-mortem* ha sido casi igual, los estudios clínicos señalan una preponderancia 3:1 del sexo femenino. En necropsia incluyen a menudo 40% a 50% de mortinatos y de niños menores de un año, cuya muerte estuvo relacionada con diversas alteraciones congénitas. La frecuencia de agenesia vesicular encontrada en casos quirúrgicos es de 0.02%. La «coledocolitiasis» en los casos de agenesia vesicular y del cístico debe llamarse «hepatocolitiasis» o litiasis del conducto biliar común en sentido estricto, ya que continúa siendo hepático común, se asocia en 25% a 50% de los casos, 26 con o sin síndrome icterico obstructivo. Este es el reporte de una patología rara y poco frecuente en el ámbito médico de cirugía general y es observada más en edad pediátrica.

221

AGENESIA VESICULAR Y COLEDOCOLITIASIS. REPORTE DE UN CASO

Jésica Maricela Ochoa Cisneros, Martínez NCJ, Guerrero RJF, González GR, Saldaña TF, Velázquez MJD, Macías MF. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional Salamanca, PEMEX, Irapuato, Guanajuato

Introducción: Las alteraciones o variedades anatómicas congénitas de la vía biliar extrahepática tienen gran relevancia desde el punto de vista quirúrgico debido al gran número de cirugías que se efectúan en el mundo por patología biliar, y más ahora con el desarrollo de los procedimientos laparoscópicos. Existe acuerdo en la bibliografía mundial de que la agenesia vesicular es una alteración congénita poco frecuente, que se presenta aproximadamente de 13 a 65 casos por 100,000 habitantes. Aunque la frecuencia hombre:mujer en estudios *postmortem* ha sido casi igual, los estudios clínicos señalan una preponderancia 3:1 del sexo femenino. La frecuencia de agenesia vesicular encontrada en casos quirúrgicos es de 0.02%. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 74 años con dolor tipo punzante, súbito, localizado a epigastrio e irradiación a mesogastrio, hombro izquierdo y flancos; distensión abdominal, acompañado de náusea, hematemesis e hipotermia. Además de tinte icterico, coluria y acolia. A la exploración física presenta ictericia de piel y conjuntivas, taquicárdico, abdomen distendido, ruidos peristálticos ausentes, timpánico, con dolor a la palpación media y profunda generalizado, con plastrón palpable en epigastrio, al tacto rectal ámpula vacía, sin masas o tumoraciones. Con antecedentes de hipertensión arterial sistémica de 18 años de evolución, resección prostática transuretral hace 4 años por hiperplasia prostática. Tabaquismo 2-3 mg/día por 1 año. Estudios de laboratorio: leucocitos 18.19 mil, neutrófilos 92%, bandas 8%, hemoglobina 16.4 g, creatinina 1.8 mg, transaminasa glutámico-oxalacética 76 µ/l, transaminasa glutámico-pirúvica 173 µ/l, fosfatasa alcalina 242 u, bilirrubina total 5.5 mg/dl, directa 3.7 mg/dl, indirecta 1.8 mg/dl. Radiografía de abdomen con presencia de asas de delgado y niveles hidroaéreos. Ultrasonido abdominal reporta colelitiasis crónica alitiásica sin dilatación de vías biliares intra o extrahepáticas, conducto colédoco de 3 mm. Tomografía axial computarizada reporta imágenes sugestivas de coledocolitiasis y quiste simple en riñón derecho de 4.7 cm. Colangiografía: ausencia de vesícula biliar, vía biliar intrahepática sin dilataciones, colédoco dilatado con presencia de 2 imágenes de aspecto nodular en su interior. Panendoscopia: divertículo epifrénico en tercio distal de esófago con gastritis crónica y pólipo en cisura angularis, leve duodenitis. Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía y extracción de 2 litos coledocianos de 5 y 6 mm de diámetro, color verde pardo. El paciente es intervenido quirúrgicamente encontrando adherencias firmes de epiplón a lóbulo hepático derecho, se explora hígado en todas sus dimensiones sin evidencia de vesícula biliar, únicamente probable esbozo de conducto cístico y tumoración de forma ovoide, dura, con dimensiones de 6 x 4 cm subserosa en cara anterior de cuerpo gástrico, sin comunicaciones, el cual se reseca y reporta en estudio de histopatología tumor mesenquimatoso. **Conclusiones:** En el caso comentado según la clasificación de Bennion y Thompson correspondería a grupo 3 o pacientes sintomáticos, quienes son intervenidos con sintomatología del tracto biliar (coledocolitiasis) y no se encuentra la vesícula biliar (55.6%). La agenesia vesicular pareciera no tener repercusión de acuerdo a su baja frecuencia, ni tampoco en la trascendencia clínica de su ausencia aislada. Sin embargo, es más que una simple «curiosidad» quirúrgica, debido a la dificultad para realizar el diagnóstico preoperatorio así como el diferencial; la asociación en el mismo paciente con otras alteraciones congénitas probablemente no identificadas; la evidente presentación familiar y probablemente la de mayor importancia la necesidad de una adecuada exploración transoperatoria, que corrobore su ausencia o que excluya una posición ectópica de la vesícula biliar.

222

AGENESIA VESICULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Alan Roberto García Marín. Méndez MA, Hernández MN, García DJC, Sánchez AE, García AJ. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México, SSA, México, D.F.

Introducción: *Antecedentes:* La agenesia vesicular representa una de las más infrecuentes malformaciones de la vía biliar, se presenta de 13 a 65 casos x 100,000 hab. Con rel. Hombre-mujer 3:1, en un reporte de autopsias se encontró una prevalencia de 0.013 a 0.155%, la asociación familiar aún no se encuentra bien demostrada. En estos casos habrá de descartarse hipoplasia o localización aberrante, mediante colangiografía. **Objetivos:** Presentación de un caso de hallazgo transoperatorio de agenesia vesicular, con cuadro clínico de dolor tipo cólico en el cuadrante superior derecho, reportado como vesícula escleroatrófica por ultrasonido de hígado y vías biliares, siendo programado de manera electiva para colecistectomía y sometido a exploración de hilio hepático con hallazgo de agenesia vesicular. **Reporte del caso:** *Descripción del caso:* Masculino de 52 años, mecánico con antecedentes de 6 meses de cifras altas de TA, tratado a base de captopril 25 mg c/24 h sin antecedentes quirúrgicos. Inicia su padecimiento actual 9 meses previos a su ingreso con dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho, transitorio intensidad de leve a moderado, acompañado de náuseas sin llegar al vómito, en ocasiones relacionado con la ingesta de colecistoquinéticos refiere tx con analgésicos, remisión parcial, hace 5 meses presenta dos evacuaciones melánicas motivo por el cual le realizan endoscopia que reporta gastritis central no

erosiva leve con *H. pylori* y ultrasonido que reportó vesícula escleroatrófica y colelitiasis, inició tratamiento médico para erradicación de *H. pylori*, refiere continuar con misma sintomatología por lo que es programado para colecistectomía. A la exploración física consciente, orientado, con buena coloración de piel y tegumentos, buen estado de hidratación, constitución delgada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen plano blando y deprimible, poco doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho sin viseromegalias aparentes, peristalsis adecuada, sin datos de irritación peritoneal, USG: VB con imagen hiperrefringente que proyecta sombra acústica posterior por presencia de litos vesícula biliar de 2 x 3 cm. **Resultados:** Se realiza abordaje por incisión subcostal derecha, se explora cara visceral del hígado encontrando adherencias laxas y firmes de la región pilórica a hígado las cuales se liberan de forma roma, continuando con disección del hilio hepático hasta la confluencia de los hepáticos, no encontrando vesícula biliar, se observa conducto colédoco íntegro en todo su trayecto hasta duodeno de 6 mm. **Conclusiones:** La agenesia vesicular está descrita quizá como la más rara malformación congénita del árbol biliar, cuya incidencia aún no se encuentra bien establecida; en este caso el diagnóstico como en la mayoría de los casos fue realizado en el transoperatorio, en quien el curso clínico posterior a la disección del proceso adherencial del píloro se resolvió la sintomatología previa, manteniendo evolución clínica satisfactoria al momento.

223

AGENESIA VESICULAR

José Antonio Ortiz Gil. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México, SSA, México, D.F.

Introducción: Agenesia de la vesícula biliar es una anomalía congénita rara con una tasa de incidencia de 0.01 al 0.06%. Es el resultado de fracaso del desarrollo de la yema quística en la cuarta semana de desarrollo embrionario; el diagnóstico por lo general se obtiene después de cirugía exploratoria. La sintomatología de la agenesia, sin anomalías congénitas, se manifiesta durante la tercera y cuarta década de la vida. El 23% presenta síntomas biliares, un 90% presenta dolor en el cuadrante superior derecho, 30% dispepsia, se atribuyen a la disquinesia biliar, 60% náusea y vómito, síntomas similares al producido postcolecistectomía. Los síntomas son causados por el aumento en el tono del esfínter de Oddi y el aumento de presión en el árbol biliar por la ausencia de una vesícula biliar como un reservorio de presión. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenina de 57 años, la cual inicia su padecimiento hace 4 mes con dolor en hipocondrio derecho, urente, intensidad 8/10, constante, irradiado a región subcostal derecha. Duración de 2 días sin ingesta de medicamentos, provocado por ingesta de colecistoquinéticos, náuseas y vómito asociados de contenido gástrico, regurgitación y pirosis, no hay historia de ictericia, episodios febriles. No refiere antecedentes de importancia. Examen físico: Cuadrante superior derecho, no doloroso a la palpación, Murphy negativo, laboratorios ausencia de leucocitosis, estudios de función hepática normales, bilirrubina total, albúmina, globulina y dentro de límites normales, USG de hígado y vías biliares con reporte de colelitiasis crónica litiásica. Paciente ingresa con el diagnóstico de colelitiasis crónica litiásica, cirugía programada colecistectomía abierta, teniendo los siguientes hallazgos: no se observa vesícula biliar, observándose las siguientes estructuras: hepático derecho, hepático izquierdo, arteria hepática, vena porta, no se palpan litos en hepático, no se observan datos de inflamación en vía biliar, se realiza colangiografía transoperatoria, observándose conducto hepático con material de contraste así como paso a duodeno, sin observarse defectos de llenado ni se observa dilatación de la vía biliar. **Conclusiones:** La agenesia vesicular y del conducto cístico se produce cuando hay un desarrollo deficiente de la división caudal del divertículo hepático primitivo o no se produce vacuolización tras la fase sólida del desarrollo embriológico. Se trata de una alteración congénita poco frecuente, que se presenta aproximadamente de 13 a 65 casos por 100,000 habitantes. Aunque la frecuencia hombre:mujer en estudios *postmortem* ha sido casi igual, los estudios clínicos señalan una preponderancia 3:1 del sexo femenino. Bennion y Thompson, en 1988, describieron una clasificación clínico-epidemiológica de la agenesia vesicular (AV), en tres grupos: 1) Con anomalías fetales múltiples que habitualmente mueren por las mismas (12.9%). 2) Asintomáticos, siendo la AV un hallazgo quirúrgico o de autopsia (31.6%), y 3) Sintomáticos, quienes son intervenidos con sintomatología del tracto biliar y no se encuentra la vesícula biliar (55.6%). La explicación de la «sintomatología vesicular» en pacientes con agenesia vesicular demostrada es la litiasis en la vía biliar común o la disfunción del esfínter de Oddi. La «coledocolitiasis» en los casos de agenesia vesicular y del cístico debe llamarse «hepaticolitiasis» o litiasis del conducto biliar común en sentido estricto, ya que continúa siendo hepático común, se asocia en 25 a 50% de los casos, con o sin síndrome icterico obstructivo. Por lo que el paciente habitualmente es visto con el diagnóstico de colelitiasis aguda, colelitiasis crónica y/o coledocolitiasis. El empleo de exámenes de laboratorio y gabinete convencionales no es específico y puede dar resultados falsos positivos. En cuanto al laboratorio, se puede encontrar elevación de: fosfatasa alcalina hasta el 14%, ASAT en 20%, ALAT 9.1%, amilasa 14.3%, bilirrubina total 38.5% bilirrubina directa 13.3% y leucocitosis en 25.6% de los pacientes.

Entre los estudios convencionales de gabinete: ultrasonografía; la primera en caso de dolor en hipocondrio derecho y «la no opacificación o exclusión» de la vesícula, puede sugerir colecistitis aguda y el enclavamiento de un cálculo en el cístico; sin embargo, se está obligado a descartar la posibilidad de ausencia congénita del órgano. La ultrasonografía se considera el estudio de elección para la patología de la vesícula biliar, con una sensibilidad cercana al 95%. Sin embargo, la interpretación de una vesícula colapsada o encogida, da falsos positivos. Así mismo, la presencia de abundante gas en la zona, y el hallazgo de dilatación de la vía biliar con litiasis omite la búsqueda cuidadosa de la vesícula y se conserva sólo la impresión que se trata de una patología de origen biliar. En caso de poder hacer el diagnóstico preoperatorio de agenesia vesicular, seguramente se podrá evitar una cirugía («colecistectomía abierta o laparoscópica») innecesaria, quedando por resolver la litiasis de la vía biliar por vía endoscópica, o bien otro tipo de patología no biliar en forma adecuada. Como se ha mencionado, en la mayoría de los casos esto no es posible, el paciente es llevado a quirófano con otro diagnóstico (colecistitis o coledocolitiasis) y el diagnóstico habitualmente se realiza durante el transoperatorio. La confirmación quirúrgica exige la disección cuidadosa del árbol biliar extrahepático y la realización de una colangiografía intraoperatoria adecuada para excluir posición ectópica de la vesícula biliar.

224

EFFECTO DE LA DEXAMETASONA PREOPERATORIA Y ROPIVACAÍNA TRANQUIRÚRGICA EN LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Ulises Rodrigo Palomares Chacón. Pérez NJV, Anaya PR, González IJJ, González OA, Venegas AAM, Huerta RG, Ruvalcaba COG, Preciado AN. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La colelitiasis es una patología frecuente en el mundo occidental que se asocia al género femenino, a la obesidad y cuya prevalencia aumenta con la edad; en muchas ocasiones sin producir síntomas. La cirugía laparoscopia (también conocida como cirugía de mínima invasión) ha demostrado que proporciona beneficios espectaculares para los pacientes con esta modalidad quirúrgica. El dolor, la fatiga, la náusea y el vómito son los principales síntomas posteriores a la colecistectomía laparoscópica que pueden prolongar la convalecencia. **Objetivo:** Determinar el efecto de la dexametasona prequirúrgica más ropivacaína transquirúrgica en la evolución postquirúrgica de la colecistectomía laparoscópica. **Material y métodos:** Es un ensayo clínico doble ciego en donde se estudiaron 10 pacientes los cuales fueron aleatorizados para recibir dexametasona prequirúrgica más ropivacaína transquirúrgica o placebo. Los pacientes recibieron el mismo procedimiento anestésico y antiemético postquirúrgico. Se evaluó principalmente el dolor, la fatiga, la náusea, el vómito y el regreso a actividades normales. Pre y postquirúrgicamente se registro el dolor la náusea, el vómito así como la necesidad de analgésico y antiemético suplementario. También se registró el regreso de los pacientes a actividades normales. El dolor y la fatiga se vigiló hasta los 30 días postquirúrgicos. **Resultados:** No se excluyó a ninguna paciente del estudio. No se presentaron efectos adversos al uso de los medicamentos. La dexametasona más ropivacaína reduce significativamente el dolor postquirúrgico. **Conclusiones:** La aplicación de dexametasona prequirúrgica y la ropivacaína transquirúrgica reduce el dolor, la fatiga, la náusea y la recuperación postquirúrgica en la colecistectomía laparoscópica.

225

COLECISTITIS AGUDA HEMORRÁGICA SECUNDARIA A TRAUMATISMO

José Antonio Ortiz Gil, Sandoval MKE, González CM, Rodea RH. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México, SSA, México, D.F.

Introducción: En ocasiones las afecciones de la vesícula biliar no son revisadas de manera minuciosa sino cuentan con el antecedente común de la enfermedad y más si el paciente refiere una evolución diferente. La colecistitis hemorrágica es un cuadro agudo poco frecuente que puede causar complicaciones graves. El primer caso descrito relativo a colecistitis hemorrágica la cual llevó a la perforación espontánea de la vesícula biliar de causa no directamente relacionada con colelitiasis fue descrito por Vest en 1933, Cohen et al en 1953, Griffith et al en 1954, Effors et al en 1954, siendo las afecciones patológicas enfermedades cardiovasculares, cáncer, terapia farmacológica, sin evidencia de reportes por traumatismo. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de una paciente femenina de 43 años, que ingresa al Servicio de Urgencias con antecedente de ingesta de AINES por cefalea, obesidad grado I, refiriendo traumatismo abdominal en el hogar hace 1 semana sin la presencia de hematoqueisis o melena, sin otros antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento, hace 5 días con dolor en hipocondrio derecho de intensidad 10/10 irradiado en cinturón completo, tipo punzante, constante, cediendo con la administración de analgésicos, sin la presencia de náuseas o vómito, horas previas a su in-

greso aumentando el dolor sin ceder con medicamentos acompañándose de náuseas y vómito de contenido gastrobiliar, sin la presencia de fiebre o alguna otra sintomatología. A la exploración física hemodinámicamente estable, abdominalmente con hiperalgesia e hiperbaralgesia con dolor a la palpación en hipocondrio derecho con Murphy positivo con rebote positivo, peristaltismo normal, con radiografías de abdomen con presencia de distensión de asas intestinales, y un ultrasonido de hígado y vías biliares con presencia de dos litos en vesícula sin otro dato radiográfico. Se decide intervención quirúrgica con el diagnóstico de abdomen agudo secundario a probable colecistitis aguda, realizando colecistectomía abierta con incisión media, exponiendo el campo operatorio con la presencia de plastrón vesicular, la vesícula biliar estaba distendida, de 8.7 x 4 cm y con infiltración hemática de toda su cara inferior, por lo cual se punciona extrayendo 45 cc de líquido hemático, se retira sin complicaciones pieza del campo operatorio, se revisa vía biliar sin evidencia de litos u otra patología, se revisa pieza quirúrgica encontrando dos litos únicos en su interior uno de ellos en el conducto cístico, así como coágulos y material hemático, la paciente sale estable a recuperación, el estudio microscópico puso de manifiesto la existencia de abundante y difuso infiltrado leucocitario transparietal acompañado de infiltración hemática. El diagnóstico histopatológico principal fue colecistitis aguda hemorrágica. Actualmente la paciente se encuentra sin complicaciones. **Conclusiones:** El antecedente de traumatismo junto con la ingesta de AINES pudieron ser la causa real de la patología de nuestro paciente, muchas veces nos guiamos por la sintomatología habitual de los cuadros patológicos, que en este caso la paciente no había presentado ninguna señal que nos orientara a pensar en un problema vesicular, y considerando que los AINES inhiben la agregación plaquetaria aumentando el tiempo de sangrado, después del traumatismo que sufrió, sin la evidencia en la literatura de estos casos en pacientes con tratamiento antiplaquetario. En la literatura podemos encontrar que en pacientes con presencia de hemorragia vesicular su evolución los ha llevado a la perforación espontánea por necrosis de la pared causando la muerte por un hemoperitoneo masivo. La rotura fue, sin embargo, secundaria no a un proceso colecistítico o colelitiasis, sino a hemorragia intravesicular masiva consecutiva ha sangrado incoercible de una vena varicosa en el lecho mucoso vesicular. Las causas de producción del hemoperitoneo en casos de colecistitis agudas habían correspondido en su mayoría con roturas de la arteria cística tras necrosis focal. Dos casos correspondieron a roturas transhepáticas y otras causas habían correspondido a necrosis mucosa con sangrado desde los bordes de la perforación de la vesícula biliar. Las perforaciones espontáneas de la vesícula biliar como manifestación clínica inicial en pacientes afectos de colecistitis y colelitiasis conocidas son infrecuentes. La mayor parte de los procesos de colecistitis se resuelven satisfactoriamente y sin complicaciones tras la asistencia médica urgente inicial, el cual fue el caso de nuestra paciente, ya que gracias a los medios terapéuticos y de los avances quirúrgicos en la asistencia médica urgente se pueden evitar estas complicaciones. Sólo del 2 al 17% de estos casos llevan hacia la perforación espontánea de la vesícula biliar. Por tal motivo debemos poner atención siempre a cada dato que nos reporte nuestro paciente aun cuando sea mínimo su utilidad, ya que en la literatura médica este tipo de situación clínica y anatomopatológica es excepcional.

226

CLÍNICA ACTUAL DE LA COLELITIASIS

Luis Arturo Islas Esparza, Bojórquez BJR, González FS, Guzmán GAE. Servicio de Coloproctología. Hospital HGZ 33, IMSS, Monterrey, Nuevo León

Introducción: Tradicionalmente se enseña a los alumnos médicos que esta entidad se presenta de acuerdo al perfil de las 4 f's y un cuadro clínico que es característico o típico. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de presentación actual de las 4f's así como la frecuencia del cuadro clínico típico. **Material y métodos:** Diseño: Encuesta. Población: Pacientes operados de septiembre a noviembre de 2007 en un HGZ del IMSS. Muestra: censo. Metodología. Entrevista al paciente programado para colecistectomía y encuesta al expediente. **Resultados:** 220 pacientes 178 mujeres y 42 hombres. El rango de edad fue desde los 12 hasta los 88 años. El grupo etáreo de 40 a 60 años fueron 79 el resto 141 estaban fuera de este rango. IMC fue normal en 73 y excesivo en 147. Multiparas fueron 104 y no lo fueron 116. El cuadro fue típico en 118 y atípico en 102. **Conclusiones:** Sólo 2 F's siguen en la actualidad formando un perfil de estos pacientes y son el sexo y la obesidad. Por lo demás la presentación ha cambiado y hay mayor diversidad. En lo que hace al cuadro típico se presenta en casi la mitad de los casos. Lo anterior nos debe hacer reflexionar en la manera de enseñar a los futuros médicos y especialistas.

227

SEPSIS ABDOMINAL SECUNDARIO A PERFORACIÓN DE LA DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA POR LITOS REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL DE CANCÚN

Ricardo Ríos Garibay, García UCA, Domínguez CA, Cetina RC, Pérez BN, López MEO, Casarrubias MO, Córdova QP, Maldonado VR, Chávez RJL. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Cancún, SSA, Cancún, Quintana Roo

Introducción: La sepsis abdominal es una causa de mortalidad en alrededor del 40%, dentro de las causas existen peritonitis primaria, secundaria y terciaria, no existen reportes en la literatura de casos de perforación tardía de la derivación biliodigestiva por litos. El objetivo de este trabajo es dar a conocer el caso con un desenlace fatal. **Reporte del caso:** Se trató de masculino de 48 años que ingresó al Hospital General «Jesús Kumate Rodríguez» el 07-marzo-2008 dentro de los antecedentes de importancia destacan derivación biliodigestiva hace 7 años en Oaxaca por tumoración de la cabeza del páncreas, laparotomía hace un año por necrosis peripancreática, pancreatitis aguda recidivante con insuficiencia endocrina pancreática que ameritó el uso de insulina, ingresó dos días previos a su laparotomía por dolor abdominal, abdomen agudo, desequilibrio hidroelectrolítico labs leucos 14,800, bandas 7%, neutrófilos 84%, electrolitos séricos Na 125.6, K 4.6, Cl 90, creatinina 1.2, glucosa 172, amilasa 15, lipasa 30, se decide realizar laparotomía exploradora por abdomen agudo datos de respuesta inflamatoria sistémica, y datos de falla orgánica encontrando adherencias múltiples tipo III, absceso en espacio subhepático derecho fétido, se encontró líquido purulento en otros espacios intraperitoneales se encontró perforación de cara anterior de yeyuno en la derivación biliodigestiva con litos blandos en el fondo de la perforación, se realizó drenaje y limpieza de cavidad se desmanteló la derivación biliodigestiva se reavivaron bordes y se realizó nuevamente la anastomosis coledocoyeyuno terminolateral y se manejo abdomen abierto con Bolsa de Bogotá para relaparotomía en 24 a 48 horas, el paciente falleció 24 horas después de la laparotomía exploradora por falla hepática múltiple secundario a sepsis abdominal. **Conclusiones:** Este es un caso raro de sepsis abdominal por perforación de la derivación biliodigestiva tardía, no hay antecedentes en reportes previos.

228

COLANGITIS POR *PSEUDOMONA AUREGINOSA*. REPORTE DE UN CASO

Daniel Olivares Bañuelos, Poblano MM, Antonio MM, Chávez MA, Cruz RJM, López MH, Barrera DJM, Gómez EMA, Cuadras VO, Miramontes AC, Basa NG. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México, SSA, México, D.F.

Introducción: La colangitis es una de las principales complicaciones de la coledocolitiasis; ocurre como resultado de una infección bacteriana ascendente vinculada con una obstrucción parcial o total de los conductos biliares; otros factores son estenosis benignas o malignas, parásitos o instrumentación de las vías biliares. La etiología bacteriana es en su mayoría debida a organismos Gram negativos como *E. coli* (53.3%), *Klebsiella pneumoniae* (20%), *Citrobacter freundii* (6.67%), *Enterococo fecalis* (6.67%), *Pseudomona aureginosa* (3.33%), entre otras bacterias. **Reporte del caso:** Masculino de 57 años de edad; antecedentes de DM tipo 2, de 4 años de evolución, tratado con hipoglucemiantes orales de manera irregular; portador de colecistitis crónica litiásica de 5 meses, sin tratamiento. Acudió al Servicio de Urgencias por cuadro de 24 h de evolución con dolor tipo cólico en epigastrio de intensidad moderada, con irradiación a hipocondrio derecho que no cedía a la toma de analgésicos e ictericia leve de escleras. Los laboratorios reportaron: Leucocitos 23,650, glucosa 213, bilirrubina total 11, bilirrubina directa 7.7, TGO 97, TGP 100, GGT 595, DHL 210, amilasa 1,280 y lipasa 812. Se realizó ultrasonido de hígado y vías biliares que muestra hígado sin dilatación de vía biliar intra ni extrahepática, colédoco de 3 mm, vesícula biliar de 86 x 39 x 50 mm, con imágenes hiperrefringentes en su interior; páncreas con cabeza de 47 mm, cuerpo de 16 mm, de ecogenicidad aumentada. Se ingresó con el diagnóstico de pancreatitis biliar aguda leve; el paciente presentó deterioro clínico en las siguientes 24 h, desarrolló sepsis grave, requirió apoyo mecánico ventilatorio, aminas vasoactivas y se trasladó a UCI, donde se inició antibioticoterapia con imipenem y ciprofloxacino. Se realizó tomografía de abdomen donde se observó aumento de tamaño de páncreas sin colecciones; desarrolló Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave, neumonía nosocomial y fiebre persistente de hasta 40 grados centígrados por 24 h continuas; se decidió realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), donde se visualizó inflamación de ampulla de Vater, sin salida de bilis; con colédoco de 18 mm de diámetro, se realizó esfinterotomía con escasa salida de detritus y bilis, se tomó cultivo de bilis. El paciente persistió con fiebre, por lo que se cambió antibiótico a meropenem y vancomicina. Tres días posteriores se reportó cultivo con desarrollo de *Pseudomona aureginosa* multiresistente, se agregó fosfomicina al esquema antibiótico; al siguiente día inició con mejoría clínica, disminuyó la fiebre, al 3er día disminuyeron los leucoci-

tos a 15,870; se extubó al 4to día y al 7mo día se dio de alta de UCI. Pasó a piso de cirugía asintomático, se realizó colecistectomía laparoscópica sin incidentes y se egresó sin complicaciones a su domicilio. **Conclusiones:** La colangitis por *Pseudomona aureginosa* es poco frecuente. La colangitis puede presentarse aunada a un cuadro de pancreatitis biliar. La microlitiasis en colédoco es una causa frecuente de colangitis. Del 10 al 15% no responden o empeoran con antibiótico de amplio espectro en 24 a 48 h, por lo que requieren descompresión urgente de la vía biliar. La CPRE con o sin esfinterotomía y/o colocación de catéter para ferulizar la vía biliar es el tratamiento de elección para la descompresión de la vía biliar, tiene una tasa de éxito del 90 al 98%, con mucho menor morbilidad y mortalidad en comparación con el drenaje quirúrgico o percutáneo. Se recomienda fuertemente la colecistectomía laparoscópica en cuanto haya aclaramiento de la bilis y preferentemente durante el mismo internamiento.

229

INCIDENCIA DE SÍNDROME POSTCOLECISTECTOMÍA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 30 IZTACALCO IMSS

Luis Alfonso Ley Marcial. Servicio de Cirugía. Hospital General de Zona 30 Iztacalco, IMSS, México, D.F.

Introducción: El síndrome se refiere a la aparición de síntomas abdominales después de una colecistectomía. Si bien es ampliamente citado en la literatura médica, es inexacto por cuanto abarca un amplio espectro de trastornos biliares y no biliares que rara vez se relacionan con la operación. La prevalencia de estos síntomas después de una colecistectomía varía del 5 al 40%. Sin embargo, en nuestro país la incidencia y seguimiento de este grupo de pacientes aun es muy incierta. Motivo por el cual es importante la detección de estos pacientes. **Objetivo:** Conocer la incidencia de síndrome postcolecistectomía en un hospital de segundo nivel de atención médica. **Material y métodos:** Se realiza un estudio de tipo observacional, retro y prospectivo y transversal en el Hospital General de Zona No. 30 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Delegación Iztacalco. El estudio se inicia el 1 de marzo con vista retrospectiva de pacientes que han acudido de manera crónica con datos del síndrome y continúa hasta tiempo actual. Se han incluido hasta el momento 104 pacientes. Los criterios de inclusión fueron catalogados por medio de un cuestionario, el cual se entregaba al momento del egreso y se evaluaba en la consulta externa de cirugía. **Resultados:** Se ha obtenido hasta el momento un universo de 104 pacientes postoperados de colecistectomía abierta y laparoscópica; de los cuales se han clasificado dentro del síndrome postcolecistectomía a 20 (19.23%) pacientes, 15 (75%) pacientes de sexo femenino y 5 (15%) correspondientes al sexo masculino. **Conclusiones:** Se ha identificado hasta el momento una incidencia acumulada $IA = 20/104 = 0.192 = 19.23\%$. Los síntomas postoperatorios más comúnmente observados son dispepsia, flatulencia, distensión abdominal, persistencia de dolor en cuadrante superior derecho o en epigastrio. La importancia de catalogar y evaluar a este grupo de pacientes tiene relevancia ya que una investigación posterior podría revelar una causa evidente en algunos pacientes en donde las causas de dolor después de la colecistectomía pueden ser diversas desde biliares, pancreáticas, otros trastornos gastrointestinales y trastornos extraintestinales. Un pequeño porcentaje de pacientes con síntomas postcolecistectomía se presentan con un severo dolor abdominal, ictericia o emesis. Es mucho más probable que la investigación revele una causa tratable evidente en estos últimos pacientes que en los de síntomas leves o inespecíficos.

230

CONVERSIONES EN LA COLECISTECTOMÍA POR MÍNIMO ACCESO

Ernesto Manuel Hernández Valdés. Servicio de Cirugía General. Hospital Faustino Pérez Hernández, Matanzas, Cuba

Introducción: La colecistectomía por mínimo acceso es la regla de oro en el tratamiento de las afecciones de la vesícula biliar, donde la litiasis vesicular ocupa un lugar preponderante, sus ventajas sobre el método tradicional son irrefutables, pero en ocasiones, por diferentes causas nos vemos en la necesidad de realizar la conversión, sin que esto signifique un fracaso de la técnica videolaparoscópica. **Objetivo:** Evaluar el índice de conversión y las causas de las mismas en los pacientes operados por nuestro servicio de cirugía de mínimo acceso. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo-prospectivo, de corte longitudinal y analítico de los pacientes convertidos a cirugía convencional. Periodo: 8/11/1996 hasta 30/04/2008. Hospital Universitario Cde Faustino Pérez Hernández. Matanzas. Cuba. **Resultados:** En el periodo estudiado se operaron 4,887 pacientes en nuestro servicio de mínimo acceso, de los cuales se tienen que convertir 78 por diferentes causas, con predominio de la dificultad para identificar las estructuras anatómicas y la litiasis del colédoco. El índice de conversión es de 1.6%. **Conclusiones:** La conversión a cirugía convencional para completar la colecistectomía, no debe considerarse como una complicación o fracaso, sino como una alternativa aceptable.

COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Enrique Alfaro Robles, Esmer SD, Dávalos AE. Servicio de Cirugía General. Hospital Central «Dr. Ignacio Morones Prieto», SSA, San Luis Potosí, SLP

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es la primera causa de morbilidad de la cirugía endoscópica debido a que es la más realizada, sin embargo, la intención de la colecistectomía por laparoscopia es disminuir la morbilidad de la colecistectomía abierta argumentando sus ventajas, como menor estancia hospitalaria, menor dolor, incorporación rápida a las actividades, daño mínimo a la pared abdominal, mejor visualización de las estructuras anatómicas, menos adherencias y sobre todo por segura y eficaz. La tasa de complicaciones va del 1.0 al 8.0%, del tipo general y de lesión de la vía biliar 0.2 a 0.9%. Las lesiones pueden ser menores si no ponen en peligro la vida de manera temprana o tardía y que deben atenderse para no originar morbilidad, y mayores, aquellas que originan morbilidad temprana. Las complicaciones en el periodo postoperatorio son las más comunes. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de las complicaciones durante la colecistectomía laparoscópica en el Hospital Central «Dr. Ignacio Morones Prieto». **Material y métodos:** Se realizó un estudio abierto, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo en el Hospital Central «Dr. Ignacio Morones Prieto» de San Luis Potosí, SLP, México. Se revisaron los expedientes de colecistectomía laparoscópica como procedimiento quirúrgico en el periodo comprendido del 2 de mayo 2006 al 3 de enero del 2008. Las variables que se evaluaron: género, edad, estancia hospitalaria y postquirúrgica, técnica de abordaje, comorbilidad, diagnóstico, complicaciones transoperatorias y postquirúrgicas y tipo de programación quirúrgica. Se clasificó las lesiones de la vía biliar por medio de la clasificación de Strasberg. Se realizó análisis estadístico de comparación de técnicas de abordaje mediante la prueba exacta de Fisher. **Resultados:** Se encontraron 342 expedientes con colecistectomía por laparoscopia como procedimiento quirúrgico, siendo 317 pacientes femeninos y 25 pacientes masculinos. Edad promedio 36.1 años para mujeres y 53.1 años para hombres. El diagnóstico postoperatorio más común fue colecistitis crónica litiasica 56%, seguidos de coledocolitiasis en el 19%, otro diagnósticos fueron colecistitis litiasica aguda, pancreatitis biliar, hidrocolecisto, pícolecisto, discinecia vesicular, síndrome de Mirizzi, entre otras causas. No hubo diferencia estadística entre la técnica de abordaje y la presencia de complicaciones ($P = 0.088$) aunque ninguna fue relacionada a la introducción del trocar. Hubo 97 pacientes complicados de 105 complicaciones: 82 menores, 3 mayores y 12 postquirúrgicas. De las mayores: 2 lesiones de la vía biliar, una de tipo Strasberg A y otra Strasberg D, con fuga biliar como complicación postquirúrgica y una lesión del duodeno. De las menores fueron: ruptura de la vesícula con salida de litos sin morbilidad a temprano o largo plazo. Las complicaciones postquirúrgicas consistieron en 6 pacientes con litiasis residual, 4 con fuga biliar, una infección de herida quirúrgica, un granuloma umbilical, una fístula duodenal, una estenosis de colédoco y 6 pacientes con fiebre. La estancia postquirúrgica tuvo una media de 2.27 días. El tipo de programación de urgencia fue mayor en las complicaciones (56.6%). **Conclusiones:** La frecuencia de complicaciones en lesiones mayores fue de 0.87%, encontrándose dentro de los parámetros aceptados, sin embargo en cuanto a las complicaciones generales fue de 28.36%, tomando en cuenta el gran número de complicaciones menores que no tuvieron repercusión en la morbilidad. La edad de presentación más común fue en promedio 47 años, similar a lo publicado. No hubo complicaciones con la técnica de abordaje por lo cual no hubo diferencias.

SÍNDROME DE MIRIZZI GRADO IV

Carlos Cervantes Rodríguez, Rodríguez SR, Acosta MA, Palacio VF, Martínez CE. Servicio de Cirugía General. HRG «Ignacio Zaragoza», ISSSTE, México, D.F.

Introducción: Pablo Mirizzi describió una presentación inusual de litiasis vesicular, la cual al alojarse en la bolsa de Hartmann o en el conducto cístico producen una compresión extrínseca hacia el conducto hepático común, provocando un cuadro clínico que presenta ictericia. **Reporte del caso:** Femenino de 67 años la cual acude al servicio posterior a cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por dolor en hipocondrio derecho, con náuseas y vómito en 2 ocasiones, con ictericia clínica desde hace un mes, tratándose de manera inicial como hepatitis a, sin embargo el USG de hígado y vía biliar demuestra dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, con colédoco de 9 mm, se realiza CPRE en la que se reporta como SX de Mirizzi, ingresa al servicio con cuadro de abdomen agudo y con cuadro de colangitis, por lo que se somete a tiempo quirúrgico encontrándose Mirizzi grado IV, por lo que se realiza colecistectomía parcial tipo Stez, coledocotomía con extracción de lito, y derivación biliodigestiva con hepaticoyeyuonastomosis terminolateral, cursando con una evolución adecuada en

el postquirúrgico. **Conclusiones:** El síndrome de Mirizzi es una complicación poco frecuente, siendo el grado IV todavía un reto para el cirujano debido a la necesidad de un tratamiento quirúrgico más radical y complejo.

COLECISTITIS ALITIÁSICA AGUDA EN UN PACIENTE CON LEPTOSPIROSIS CRÓNICA

Carlos Cervantes Rodríguez, Loo SK, Vargas AA, Palacio VF, Castro MA. Servicio de Cirugía. HRG «Ignacio Zaragoza», ISSSTE, México, D.F.

Introducción: La leptospirosis es una antropozoonosis de distribución mundial causada por la espiroqueta del género *Leptospira*, descrita por Weil en 1886, en casos excepcionales puede condicionar colecistitis alitiásica que aunque es poco frecuente al presentarse es una patología grave. **Reporte del caso:** Masculino de 42 años de edad con diagnóstico conocido de leptospirosis crónica desde hace 3 años el cual acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de tipo cólico en hipocondrio derecho, con náuseas y vómito, así como con fiebre, refiriéndose por el paciente como el primer episodio del cuadro. **Conclusiones:** La leptospirosis es una causa de colecistitis alitiásica aguda, requiriéndose tratamiento quirúrgico de preferencia por vía laparoscópica acompañada de antibiocioterapia específica para el agente causal.

RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE COLECISTECTOMÍA DIFÍCIL

José Antonio Licona Ortiz, Lozada LD, Santana DM, Soberanes FC, Contreras A, Licona OS. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México, SSA, México, D.F.

Introducción: A la llegada y difusión de la colecistectomía laparoscópica (CL) en 1987, ésta ha sido el estándar de oro para el tratamiento de la patología vesicular benigna, al grado de desplazar en un gran porcentaje a la colecistectomía abierta (CA), sin embargo y a pesar de que ha más de 15 años de experiencia en México, las tasas de conversión a abierta son de 2 al 26% por «seguridad del paciente». El convertir una cirugía, se ha dicho, ni implica la aparición de una complicación transoperatoria, al contrario, trata de evitarla, es un signo de juicio quirúrgico, pese a esto, con toda la experiencia que los grupos quirúrgicos han desarrollado, la tecnología de equipos e instrumentos, se a «abusado» de la conversión con la consecuente molestia del paciente y los altos costos hospitalarios que implica el aumento de morbilidad, días de estancia, complicaciones etc. **Objetivo:** Dar a conocer nuestra experiencia en el manejo de pacientes programados para colecistectomía laparoscópica catalogados con índice de conversión alto, resueltos laparoscópicamente. **Material y métodos:** Se trata de un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo, no comparativo de 10 pacientes, 5 femeninos y 5 masculinos con promedio de edad de 60 años, sometidos a cirugía programada de colecistectomía laparoscópica con índice alto de conversión a abierta, según la clasificación de Brodsky y modificada por Granados, en el periodo del 1o. de enero de 2006 al 29 de abril de 2008 en institución pública y privada. El 75% de los pacientes con enfermedad crónico-degenerativas del tipo de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica controladas. En 50% de los pacientes se observó leucocitosis en el 100%, datos ultrasonográficos de engrosamiento de la pared vesicular mayor de 4 mm y en 20% de los pacientes, con irregularidades en la pared vesicular. **Resultados:** Se realizó colecistectomía laparoscópica en el 100% de los casos, el tiempo quirúrgico fue en promedio, de 90 minutos. En ningún paciente se solicitó colangiografía transoperatoria. En el 50% de los casos se encontró un «plastrón» a nivel vesicular, tres trocares fueron utilizados en los primeros cuatro casos y dos en los restantes. La técnica utilizada fue primero, identificación del área del triángulo de Calot, si ésta no era posible, se utilizó la disección de fondo vesicular y posteriormente el triángulo de Calot en forma anterógrada. No se realizó ninguna colecistostomía. Los hallazgos fueron 2 pícolecisto (20%), dos gangrenas vesiculares (20%), dos hidrocolecisto (20%) y el resto como colecistitis crónica litiasica en fase agudizada (40%). Hubo dos perforaciones vesiculares que ameritaron lavado mecánico exhaustivo y colocación de drenaje blando. El promedio de estancia hospitalaria fue de 24 h y alta con tratamiento antimicrobiano en forma oral y control de drenaje por la consulta externa además de contacto telefónico. Hubo una lesión de vía biliar en forma mínima que ameritó dos puntos de monofilamento cinco ceros. **Conclusiones:** Con la experiencia adquirida por los diferentes grupos quirúrgicos en cirugía endoscópica en hospitales públicos, se tiene que ir reduciendo las tasas de conversión a abierta, dependiendo de la causa de la misma. Técnicamente, hoy en día, es factible de resolver casos con un alto índice de conversión a abierta, por medio laparoscópico, toda vez que, en caso de dificultad técnica, hemostasia o duda, anatómica, los procedimientos que se realizan en forma abierta como la colecistostomía, hemostasia o aún la colecistectomía son reproducibles laparoscópicamente con las consecuentes ventajas de la cirugía de mínima invasión.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE TIJUANA

Juan Francisco Zavalza González, López EG, Paipilla MOA, Romero MC, Salazar OGF, Camacho AJF, Hidalgo CJF, López LF, De la rosa APM, Green SJL, Cruz GM. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Tijuana, SSA, Tijuana, Baja California

Introducción: El tratamiento actual de la colecistitis crónica litiásica es la colecistectomía laparoscópica. La experiencia adquirida por los cirujanos ha logrado disminuir el tiempo de estancia hospitalaria hasta proponerse como un procedimiento ambulatorio. El principal argumento para no hacer colecistectomías por laparoscopia es el alto costo y para no realizarlas ambulatorias son los potenciales riesgos y temor a acciones médico-legales. La experiencia del Centro de Cirugía Ambulatoria de Tijuana: Unidad de Especialidades Médicas (UNEME) inaugurado recientemente, ha realizado la colecistectomías laparoscópicas ambulatorias y se comparte la experiencia de este procedimiento. **Objetivo:** Determinar el éxito de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria (CLA) en un Centro de Enseñanza de Segundo Nivel de Atención, y asesorar el impacto en su implementación en los grados de éxito en el alta, seguridad, satisfacción del paciente. También se obtienen algunas variables demográficas y epidemiológicas. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo y observacional, de pacientes programados para realización de CLA que aceptaron el procedimiento con clasificación ASA I, II y III entre 17 de agosto de 2007 hasta 10 de mayo de 2008 en UNEME. Las variables analizadas fueron la edad, género, diagnóstico pre y postoperatorio, tiempo quirúrgico, comorbilidades, complicaciones, motivos de conversión, tiempo de estancia en recuperación, causas de fallas al régimen ambulatorio. **Resultados:** Se operaron un total de 252 pacientes, los cuales fueron captados de la consulta externa del Hospital General de Tijuana y enviados a realizar procedimiento a la UNEME; la edad promedio fue de 34.6 años, con presencia de comorbilidad en 35 pacientes (hipertensión y diabetes mellitus). En nuestra serie, se observó como síntoma más frecuente el dolor (92%), seguido del vómito (39%) y la náusea (36.5%). La mayoría de nuestros pacientes fueron ASA I (75.3%) y ASA II (21%). Se observó un tiempo quirúrgico promedio de 46.5 minutos, con un tiempo de recuperación inmediata promedio de 42.9 minutos y un periodo recuperación postquirúrgica fue de 7:26 h. Un total de 14 pacientes fueron observados por un periodo superior a 24 horas. Se usaron drenajes en 115 pacientes (45%). Del total de colecistitis crónica litiásica, 40 fueron reportadas como agudas durante el procedimiento quirúrgico. Dos lesiones a vía biliar grado 2 y 3, según la clasificación de Bismuth, detectadas a los 7 días y reparadas con técnica de derivación biliodigestiva. Fueron egresados en menos de 24 horas y en forma exitosa el 94.8% de los pacientes. La estancia por más de 24 horas fueron debidas principalmente para control de dolor, náusea, náusea/vómito y periodo de vigilancia postquirúrgica prevista mayor a 6 horas. **Conclusiones:** La CLA es un procedimiento seguro y costo-efectivo. Encontramos una incidencia del 0.78% de lesiones mayores de la vía biliar, encontrándonos ligeramente arriba de lo registrado en la literatura internacional. Observamos un subregistro de complicaciones menores transquirúrgicas (ruptura vesicular, desgarros hepáticos, sangrado en sitio de trócares, etc.). A pesar de todo, el éxito con este procedimiento es similar a lo reportado en la literatura, por lo que se recomienda la realización del mismo en pacientes que cumplan con los parámetros de inclusión en esta serie.

COMPLICACIÓN TARDÍA DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Ernesto Bautista Vera, Sánchez BMA, Romero HA, Tejeda UD. Servicio de Cirugía General. HGZ # 30, IMSS, México D.F.

Introducción: La perforación de la vesícula y la fuga de cálculos son más frecuentes durante la colecistectomía laparoscópica que durante el procedimiento abierto. Existe controversia respecto a la necesidad de extraer estos cálculos fugados, pues algunos autores, apoyados en estudios con animales y revisiones retrospectivas, consideran que su morbilidad es muy baja o despreciable. En este artículo se reporta la presencia de un absceso intraabdominal y de pared 5 años después de la colecistectomía laparoscópica donde se reporta la fuga de cálculos hacia cavidad abdominal. **Reporte del caso:** Masculino de 81 años quien cuenta con los siguientes antecedentes: Tabaquismo + desde los 18 años fumando 4 cigarrillos diarios. APP. Alérgico + a penicilina. HAS de 25 años de evolución en tratamiento con captopril. Cáncer prostático de 10 años de evolución tratado con prostatectomía y orquiectomía bilateral, actualmente toma flutamida tab 250 mg 1 tableta vo cada 8 h. Nefrectomía derecha hace 18 años por litiasis renal. Colecistectomía laparoscópica hace 5 años, donde se reporta fuga de litos hacia cavidad abdominal. Fractura de clavícula derecha hace 60 años. PA Inicia su padecimiento hace 3 años con presencia de una lesión por debajo de la parrilla costal derecha línea medio clavicular la cual era de 3 cm sin embar-

go ésta aumentó de tamaño hasta llegar a ser de 14 cm de largo, dolorosa a la digitopresión, la cual aumentaba de volumen al permanecer de pie el paciente. Acude por dolor intenso no especificado, con intensidad 8/10 localizado en hipocondrio derecho, el cual disminuye con la ingesta de analgésicos y aumenta con la movilización. Presenta pérdida de peso ponderal de 10 kg en aproximadamente 6 meses y anorexia. A la exploración el paciente esta cooperador, buena coloración de tegumentos, respiración oral con uso de músculos accesorios de la respiración, cuello sin adenomegalias, deformidad de la clavícula derecha. Tórax con ruidos cardíacos rítmicos, campos pulmonares con presencia de espiración prolongada, así como hipoventilación en la base de ambos hemitórax no hay síndrome pleuropulmonar. Abdomen globoso por pániculo adiposo con presencia de aumento de volumen en el hipocondrio derecho con presencia de eritema y además red venosa colateral alrededor de la lesión, encontrándose tumoración de 14 cm de largo por 6 cm de ancho la cual es de bordes bien definidos, blanda, adherida a planos profundos, y aumento de temperatura local, peristalsis normal. Extremidades superiores e inferiores con hipotrofia muscular. Su biometría hemática reporta Hb 11.10 Hto 32.1 VCM87 HCM 30 leucocitos de 8,500 neutrófilos de 63% plaquetas 281mil. Su QS con aumento de azoados urea 49.9, creatinina 1.7. PFH normales hipoalbuminemia. Presenta USG hepatovesicular el cual reporta glándula hepática con parénquima heterogéneo, en lóculo hepático derecho muestra imagen redonda, sonolucida con pared ecogénica negativa al Doppler y mide 47 x 64 x 68 mm dicha imagen muestra ecos en su interior con sombra sónica posterior. TAC de abdomen la cual reporta quiste hepático, reportando ausencia de vesícula biliar, sin dilatación de vías biliares. Existe desplazamiento medial a nivel del segmento IV de hígado por presencia de colección en pared el cual tiene dimensiones de 51 x 69 x 59 cm. Su pared es gruesa y muestra reforzamiento al contraste endovenoso. Se realiza laparoscopia exploradora encontrando un absceso intraabdominal el cual se encuentra formado por la pared abdominal, el borde hepático y presencia de epiplón el cual se procede a drenar por vía laparoscópica encontrando comunicación hacia la pared abdominal y con presencia de 3 litos en la misma. **Conclusiones:** La fuga de litos es más frecuente durante la colecistectomía laparoscópica, su frecuencia es del 6 al 23% y las complicaciones son poco frecuentes 0.08%. Sin embargo estas complicaciones pueden presentarse de manera tardía, por lo cual se debe evitar la fuga de cálculos durante la colecistectomía y extraerlos cuando esto ocurre.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA Y CPRE PREOPERATORIA

Bernardino Alcaraz López. Servicio de Cirugía General. Hospital de la Mujer, SSA, Morelia, Michoacán

Introducción: El manejo de la colelitiasis sintomática con coledocolitiasis concomitante ha sido tradicionalmente realizado en cirugía abierta en un tiempo, mientras que en laparoscopia se requiere de experiencia para la realización de exploración de vía biliar. Esto abre la posibilidad de realizarla en dos tiempos, ya sea primero la colecistectomía y después la CPRE o viceversa. Existen reportes que muestran la realización de los dos procedimientos en el mismo evento anestésico y quirúrgico con lo que se reduce estancia hospitalaria, uso de quirófano y abre la posibilidad de que si hay falla en la CPRE, se puede aún resolver por vía abierta. **Objetivo:** Revisar nuestra experiencia en la realización de los dos procedimientos en un mismo tiempo analizando estancia hospitalaria, tiempo quirúrgico y tipo de anestesia empleada. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo (serie de casos), revisión de expedientes de diciembre de 2001 a abril de 2008. **Resultados:** En ese periodo se realizaron 295 CPREs, siendo por 177 procedimientos por coledocolitiasis; encontramos 4 casos de colecistectomía y CPRE preoperatoria. Caso 1: Mujer de 57 años con colecistitis aguda litiásica e ictericia obstructiva. Colédoco de 12 mm. Bilirrubina directa de 3.9 mg%. CPRE encontrando colédoco de 16 mm, extracción de un lito de 4 mm, seguido colecistectomía laparoscópica (CL). Caso 2: Mujer de 63 años, colecistitis aguda litiásica e ictericia obstructiva, bilirrubina total 1.3 mg%, directa 0.32 mg%, CPRE 5 litos de 1.2 a 1.5 cm, extracción y CL, colédoco de 20 mm, cístico de 8 mm. Caso 3: Mujer de 48 años, piocolico e ictericia obstructiva, CL y colangiografía transcística (CTC) con lito coledociano de 8 mm, extracción mediante CPRE. Alta en 72 horas. Caso 4: Femenina de 71 años, colecistitis aguda, CL y CTC con coledocolitiasis, extracción de vesícula, CPRE, extracción de un lito de 5 mm. Tiempo quirúrgico promedio 2.2 horas. Tres puertos en todas las cirugías. Alta 1 día postquirúrgico. **Conclusiones:** La realización de CPRE y CL o CL y CPRE preoperatoria disminuye los riesgos de dos procedimientos anestésicos, días de estancia hospitalaria y es factibles en hospitales donde el cirujano sea a la vez endoscopista intervencionista o se cuente con endoscopista intervencionista disponible durante el evento quirúrgico.

EXPLORACIÓN DE LA VÍA BILIAR, TRATAMIENTO EFECTIVO POR LAPAROSCOPIA

Azucena Reyes García, Martínez BA, Gordillo MM. Servicio de Cirugía General. Hospital General Acapulco, SSA, Acapulco, Guerrero

Introducción: La coledocolitiasis se presenta asociada a coledolitiasis en el 10 al 15% de los casos y hasta un 2% de los pacientes colecistectomizados, requerirán algún tipo de tratamiento en coledocolitiasis residual. Actualmente el tratamiento, de elección en este grupo de pacientes es la extracción a través de una papilotomía en una CPRE, cuando no es posible extraerlos por esta vía, o no se cuente con el recurso, la vía laparoscópica es una buena opción. **Reporte del caso:** Se presentan cuatro pacientes operados con diagnóstico, de coledolitiasis y coledocolitiasis, de 22, 31, 56 y 65 años de edad, respectivamente; el diagnóstico se hizo por USG demostrando litiasis vesicular y dilatación y litos en colédoco. El cuadro clínico fue con dolor en cuadrante superior derecho, leve ictericia conjuntival, ligera coluria, sin fiebre en los cuatro casos y las PFH con elevación de la BD 2.1, BI 1.2, fosfatasa alcalina 254 como mediana para los cuatro casos. Se sometieron a tratamiento vía laparoscópica, realizándose colecistectomía y colangiografía transcística, demostrando entre uno (3 ptes) y 2 litos (1), se realizó en todos coledocotomía, con una mediana de los cálculos de 9 mm, y la vía biliar de 10 mm, se extrajeron los litos en un paciente con Fogarty 4, y en 3 pacientes con canastilla de Dormia, se colocó sonda T 14FR, tomando colangiografía de control sin que mostrara evidencia de litos. El tiempo quirúrgico fue de 55 a 120 minutos. Se inició dieta a las 24 h y fueron egresados a las 48 h del postoperatorio, con sonda abierta en 2 ptes y cerrada en 2 ptes, con colangiografía a los 15 días del postoperatorio y retiro de sonda T, sin morbimortalidad alguna. No contamos con coledocoscopia. **Conclusiones:** El tratamiento de la litiasis de la vía biliar en la era laparoscópica es todavía controvertido, las opciones disponibles son: a) CPRE preoperatoria con posterior colecistectomía laparoscópica; b) CPRE intraoperatoria; c) Exploración de la vía biliar por laparoscopia; d) CPRE postoperatoria y e) la cirugía abierta nunca deberá ser primera elección. La exploración de la vía biliar por laparoscopia ha sido descrita como un método efectivo y seguro, la efectividad se juzgará por la tasa de éxito, conversión, duración, morbilidad y mortalidad, nuestro estudio tuvo tasa de éxito del 100%.

239

LITIASIS BILIAR INTRAHEPÁTICA RESUELTA QUIRÚRGICAMENTE, PRESENTACIÓN DE UN CASO. CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE GUADALAJARA, JALISCO

Ricardo Martínez Abundis, Hermosillo SJM, Ruvalcaba COG, Camacho LMR, Maciel MJA. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades Centro Médico de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La litiasis intrahepática se define como la presencia de cálculos en los conductos biliares intrahepáticos. Es una entidad muy frecuente en el Sudeste asiático, alcanzando el 10 a 15% de las series de pacientes sometidos a cirugía biliar por litiasis. En Sudamérica, las series publican una incidencia que oscila entre el 0.5 y 2%, y en Europa su incidencia es mucho menor, en países occidentales representan el 1% de las litiasis biliares. La litiasis intrahepática se asocia a una elevada morbimortalidad y su tratamiento junto al de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal, constituye para el cirujano uno de los retos más importantes dentro de la patología biliar por litiasis. En muchas ocasiones, los cálculos se localizan en los radicales biliares principales intrahepáticos, sin estenosis ni dilataciones acompañantes, siendo fácil su extracción por coledocotomía, mediante técnicas endoscópicas o por abordaje radiológico externo. Sin embargo, otras veces la litiasis intrahepática se asocia a estenosis y dilataciones, pudiendo requerir desde exploraciones de vía biliar, litotripsia intraoperatoria, derivaciones biliointerónicas e incluso hepatectomía para su resolución definitiva. **Reporte del caso:** Se presenta a paciente masculino de 54 años, con antecedente de colecistectomía hace 6 años por litiasis vesicular y apendicectomía así como cuadros de pancreatitis aguda de repetición tres en total. Con cuadro de un año de evolución caracterizado por dolor abdominal en hipocondrio derecho recurrente, asociado a ictericia, coluria y acolia intermitente y algunos episodios de hospitalización por colangitis manejada médicamente. Laboratorialmente se evidencia hiperbilirrubinemia directa, fosfatasa alcalina elevada y alteración en pruebas de función hepática, ecosonogramas y tomografías computarizadas con dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas con litos en el interior de aproximadamente 3 cm, colangiografía con evidencia de litos intrahepáticos de predominio en hepático izquierdo y dilatación de vías biliares global, múltiples colangiografías retrógradas endoscópicas confirmatorias de diagnóstico y con intentos fallidos de extracción de litos sólo con colocación de endoprótesis de derivación biliar temporal las cuales disfuncionan. Marcadores tumorales CA 19.9, alfafetoproteína y antígeno carcinoembrionario normales. Una vez descartado manejo radiológico o endoscópico se decide cirugía electiva por vía subcostal bilateral encontrando vía biliar extrahepática dilatada de más de 3 cm con litiasis múltiple de grandes elementos, hígado colestásico, vías biliares intrahepáticas con algunas áreas de estenosis en conductos secundarios con múltiples litos previos a ellas de 2 y 3 cm, de predominio izquierdo. Se realiza extracción de litos con plastia de ampliación y dilatación de conductos hepáticos con colangiografía de control sin litos ni áreas de estenosis y reconstrucción en forma de hepaticoyeyunoanastomosis término lateral antecólica libre de tuto-

res más biopsia hepática y de conductos biliares. Tiempo quirúrgico 6 horas. Anestesia general. Evolución postoperatoria satisfactoria, retorno a la vía oral en 6 días, egreso hospitalario en 8 días, actualmente 18 meses de evolución con controles de laboratorio, clínica e imagen normales. **Conclusiones:** No en todos los pacientes es posible extraer los litos de la vía biliar en forma endoscópica, con métodos radiológicos percutáneos, o con cirugía laparoscópica, sobre todo en casos de litiasis intrahepática asociada a estenosis segmentarias de conductos por lo que el tratamiento quirúrgico abierto continúa siendo necesario en estos casos.

240

COLELITIASIS ASOCIADO CON QUISTE HEPÁTICO SIMPLE

Juan Manuel Ahumada Trujillo, Dorantes MJ, Rodríguez GA, Magadán SJH. Servicio de Cirugía. Hospital «Carlos Calero», ISSSTE, Cuernavaca, Morelos

Introducción: Frecuentemente en exámenes de imágenes de rutina del abdomen, ya sea una ecografía abdominal o un TAC (tomografía) de abdomen, se encuentra un quiste en el hígado. La gran mayoría de éstos corresponden a quistes hepáticos simples. Quiste se refiere a cualquier lesión que está llena de contenido líquido. Los quistes hepáticos simples son estructuras de pared imperceptible que no se comunican con la vía biliar. Su tamaño varía desde milímetros hasta lesiones gigantes. Son más frecuentes en mujeres, particularmente los quistes grandes y sintomáticos. La mayoría de los quistes hepáticos simples no producen síntomas. Cuando el quiste es grande (mayor de 4 cm), pueden haber síntomas inespecíficos como dolor abdominal, saciedad precoz o náuseas. **Reporte del caso:** Masculino de 73 años de edad quien acude por presentar intolerancia a colecistoquinéticos, con dolor en hipocondrio derecho. Se le realiza ultrasonido de rutina para hígado, vías biliares y páncreas, encontrando un quiste hepático simple de 10 x 7 cm, se realizó colangiografía. Se realizó colecistectomía con resección del quiste hepático por laparoscopia sin accidentes y sangrado mínimo. Se utilizó electrocauterio y bisturí armónico para destechamiento del quiste. El paciente evolucionó estable y su recuperación fue rápida y sin complicaciones. Se dio de alta al día siguiente de la cirugía. **Conclusiones:** La cirugía laparoscópica sigue siendo de mucha utilidad y es el estándar de oro para la cirugía de vesícula biliar, teniendo utilidad también en los quistes hepáticos simples que estén localizados en sitios accesibles para ser retirados.

241

USO DE PRUEBAS BIOQUÍMICAS Y HALLAZGOS SONOGRÁFICOS COMO PREDICTORES DE COLEDOCOLITIASIS EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Francisco Javier de Jesús Martínez Jiménez, Méndez SGJ. Servicio de Cirugía General. Hospital UMAE 1 Bajío, IMSS, León, Guanajuato

Introducción: La colecistectomía es una de las cirugías realizadas con mayor frecuencia en nuestro país y la colecistectomía laparoscópica ha sido aceptada como el método de elección para la mayoría de las patologías quirúrgicas de la vesícula biliar, llegando a ser sin duda el estándar de oro en el tratamiento para coledolitiasis. Aún sigue existiendo hasta un 10-15% de coledocolitiasis encontrada en pacientes sometidos a colecistectomías realizadas. La tasa de recidiva de coledocolitiasis residual posterior a tratamiento, varía de un 4-6% hasta un 18%, esto conlleva a requerir algún método de tratamiento efectivo para la extracción de litos en la vía biliar principal, evitar su recurrencia y, lo que es aún más necesario, tener métodos de predicción preoperatorios que prevengan la presencia de cálculos en el colédoco y nos ayuden a definir el tratamiento ideal y disminuya la morbilidad para el paciente con esta patología. El presente estudio se planteó en base a la necesidad de conocer los criterios preoperatorios ultrasonográficos y bioquímicos para determinar la presencia de coledocolitiasis en aquellos pacientes con coledolitiasis que son sometidos a colecistectomía laparoscópica, ya que no contamos aún con criterios predictivos preoperatorios definitivos para determinar la presencia de litos en la vía biliar principal, a pesar de existir publicaciones al respecto, las cuales además difieren en los resultados encontrados y no son aún aceptados de manera global. **Objetivo:** Determinar los factores predictivos para la coledocolitiasis en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por coledolitiasis de forma preoperatoria. **Material y métodos:** Se realiza un estudio de casos y controles tomando como universo a los pacientes postoperatorios de colecistectomía laparoscópica por diagnóstico de coledolitiasis en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 1 Bajío en el Servicio de Cirugía General de enero de 2007 a diciembre de 2007. Incluyendo datos demográficos tales como edad y género así como resultados de pruebas bioquímicas específicamente TGO, TGP, fosfatasa alcalina, amilasa, bilirrubina directa, medición sonográfica del diámetro de colédoco y resultados de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con positividad para coledocolitiasis. **Resultados:** Se incluyeron 54 pacientes a quienes se les realizó CPRE y colecistectomía laparoscópica. Edad promedio de 44 + 19.7 años, 31% del género masculino y 69% de género femenino. Los pacientes estudiados fueron divididos en dos grupos de

acuerdo al resultado obtenido en la CPRE. El grupo 1 incluyó pacientes con resultados positivos para coledocolitiasis y en el grupo 2 se incluyeron a quienes tuvieron resultados negativos para coledocolitiasis. Se realizó un modelo de regresión logística incluyendo todas las variables analizadas. Encontramos como adecuadas variables predictoras los valores de TGO, TGP y bilirrubina directa. Con los siguientes valores para OR: TGO, OR = 0.86, TGP OR = 0.85, bilirrubina directa OR = 0.66 ($p = 0.04$). **Conclusiones:** Con este estudio concluimos que las pruebas de función hepática deben ser requisito indispensable en pacientes con colelitiasis, ya que encontramos que los niveles séricos elevados de TGO, TGP y bilirrubina directa son adecuados factores predictivos para coledocolitiasis, incluyendo aquéllos en los que no existe la sospecha preoperatoria de coledocolitiasis. Asimismo consideramos necesaria la realización de estudios prospectivos y con mayor número de pacientes para corroborar los resultados obtenidos y contar con criterios predictivos confiables para determinar la presencia de coledocolitiasis.

242

ATRAPAMIENTO DE CANASTILLA DE DORMIA EN CONDUCTO COLÉDOCO

Sergio Fernando Ortiz Reyes, Velasco DO, Ramos XR, Ramírez PL, Carballo PM. Servicio de Cirugía General. Hospital General Balbuena, GDF, SSA, México, D.F.

Introducción: Paciente masculino de 45 años de edad el cual cuenta con antecedentes de colecistectomía abierta, el cual refiere su padecimiento 15 días antes de su ingreso al hospital, con dolor de tipo transfréptico en epigastrio de intensidad variable con irradiación hacia hipocondrio derecho, el cual aumenta con la ingesta de colecistoquinéticos, acompañado de ictericia generalizada, náuseas y vómito de características biliares. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de la quinta década de la vida con antecedentes de colecistectomía previa, el cual ingresa a urgencias por presentar 15 días a su ingreso dolor abdominal de tipo transfréptico en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho de intensidad variable, acompañado de náuseas y vómito de características biliares. A la EF:SV dentro de los límites normales, alerta con regular estado de hidratación de tegumentos, con tinte icterico generalizado, cardiorespiratorio sin compromiso, abdomen con peristalsis presente, dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal. Se le solicita USG: con dilatación del conducto colédoco de 1.5 cm vesícula biliar no se visualiza por colecistectomía previa. Laboratorios: BH: 13.0, Leuc: 9.0, Neut: 7.0%, Pla: 290, TP: 12, TPT, 20, INR: 1.05. PFH: BT: 6, BC: 4, BI: 1, FA: 340, GGT: 560, AST, 80, ALT: 85, amilasa: 1,500, lipasa: 3,500, Q.S: 110, Cr: 0.6. se le da tratamiento con ayuno, soluciones y antibióticos, por lo que se programa para realización de CPRE con hallazgos: esfinterotomía amplia se introduce canastilla de Dormia el cual se queda atrapada en el conducto colédoco por lo que se intenta retirar en 3 ocasiones mismo que es imposible, se realiza LAPE más duodenotomía transversal encontrando canastilla atrapada con un lito único en su interior de 2 cm a nivel de la unión de colédoco, por lo que se procede a ampliar esfinterotomía previa hasta lograr sacar canastilla con un lito de 2 cm, se procede a cierre de duodeno en dos planos se coloca Penrose dirigido a la anastomosis por lo que se da por terminado acto quirúrgico. **Conclusiones:** En este tipo de padecimientos de tipo obstructivos de la vía biliar de primer instancia se realiza CPRE diagnóstica y terapéutica teniendo en cuenta que no es un procedimiento inocuo a cualquier tipo de complicación como en este caso el atrapamiento de la canastilla de Dormia en el conducto colédoco, por que se realizó procedimiento abierto para su tratamiento.

243

ÍNDICE DE LESIÓN DE VÍA BILIAR EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA. HOSPITAL NACIONAL HOMEOPÁTICO

Emilio Tessa Karam, Tehozol ME, Guerrero VA, Benítez TA. Servicio de Cirugía General. Hospital Nacional Homeopático, SSA, México, D.F.

Introducción: Aunque no se conoce con exactitud el porcentaje de lesión de vía biliar durante la colecistectomía debido a que muchos casos no son reportados, algunos estudios han intentado definir la incidencia y mecanismo de lesión de la vía biliar asociado a colecistectomía. Se conoce plenamente el riesgo durante la cirugía abierta el cual oscila entre 1-3 por cada 1,000 cirugías, sin embargo durante la era laparoscópica se ha identificado un riesgo de lesión que oscila entre el 0.4 al 0.7% existiendo reportes de hasta el 4%. Además sólo una cuarta parte de las lesiones son reconocidas durante el procedimiento quirúrgico laparoscópico. **Objetivo:** Dar a conocer el índice de lesión de la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica (CL) en nuestro hospital así como su manejo. Estudio retrospectivo, descriptivo. **Material y métodos:** Revisión de los expedientes de 230 pacientes intervenidos de CL entre enero de 2004 y febrero 2008 en nuestra unidad, operados por el mismo grupo quirúrgico, analizando las siguientes variables: sexo, edad, tiempo quirúrgico, lesión de vía biliar y

conversión. **Resultados:** Se operaron 198 mujeres y 32 hombres, edad promedio de 31 años. Con un tiempo quirúrgico promedio de 56 minutos. Se encontraron dos casos de lesión completa de la vía biliar, las cuales se identificaron durante el procedimiento quirúrgico y se realizó conversión de la cirugía para su reparación. La primera de ellas una lesión a 3 mm de la bifurcación de los conductos clasificada como Bismuth 1, que se reparó con una hepaticoyunioanastomosis en Y de Roux, con seguimiento de 22 meses una evolución satisfactoria, la segunda de ellas una sección total del conducto colédoco a 3 cm de la bifurcación que se resolvió con una colédoco-colédoco anastomosis término-terminal y colocación de sonda en T, seguimiento de 18 meses con evolución satisfactoria. Además de las 2 conversiones por lesión de la vía biliar se presentaron 5 conversiones por otras causas. **Conclusiones:** De los 230 paciente operados de CL se presentó lesión de la vía biliar identificada durante la cirugía en 2 pacientes lo que corresponde al 0.86% de los casos así como un 3.04% de riesgo de conversión, que comparado con la literatura mundial y nacional se encuentra dentro del promedio de estas complicaciones, lo que convierte a nuestro hospital en un centro confiable y seguro para el paciente en la realización de la CL. La búsqueda de reportes serios de lesión y conversión de los procedimientos quirúrgicos laparoscópicos permitirán a los médicos ofrecerle a los pacientes información confiable acerca de las complicaciones.

244

REPARACIÓN DE LESIÓN DE VÍA BILIAR BISMUTH 2. REPORTE DE UN CASO

Yerine Paola Fabián Ojeda, Rodríguez AS, Hernández GS, Rodríguez HO. Servicio de Cirugía General. Hospital Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, Pue.

Introducción: Las lesiones iatrogénicas de las vías biliares son una contingencia infrecuente con repercusiones clínicas, económicas, laborales y sociales importantes, por lo tanto su diagnóstico y clasificación tempranos son imprescindibles para su corrección inmediata. Puede presentarse posterior a varios procedimientos quirúrgicos siendo la principal la colecistectomía. **Reporte del caso:** Hombre de 60 años de edad originario y residente de San Martín Ixtiyucan, con el antecedente de madre y dos hermanos con DM tipo 2, un tío materno con cáncer gástrico. Tabaquismo de los 30 a los 50 años a razón de 1 cigarrillo al día, alcoholismo positivo durante 30 años, cada semana hasta llegar a la embriaguez. Cuenta con antecedentes quirúrgicos secundarios a colecistectomía abierta en octubre de 2007, por colecistitis crónica litiasica. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con los hallazgos de papila normal sin litos ni estrecheces, sin embargo 2-3 cm después del esfínter de Oddi se amputa en forma total la vía biliar proximal. El padecimiento lo inicia dos semanas posteriores a la cirugía con astenia adinamia, malestar general, fiebre de predominio vespertino, saciedad precoz y vómito de contenido gastrobiliar. Ingresó al Servicio de Urgencias, con datos clínicos de abdomen agudo quirúrgico. Con los datos clínicos antes citados se interviene quirúrgicamente realizándose laparotomía exploradora más colocación de sonda Kehr, obteniéndose como hallazgos: bilioma de 1,900 ml en región subhepática izquierda abundantes adherencias a lecho vesicular, conducto hepático común amputado. Durante su estancia cursa con hemotórax secundario a acceso subclavio, que requiere colocación de sonda endopleural, por 5 días, se egresa una semana después. En la consulta de revisión a las 2 semanas con radiografía de tórax normal, sonda Kehr con gasto diario de 800-1,000 ml, herida en adecuado proceso de cicatrización. Colangiografía por sonda 15.02.2008. Con una zona de estenosis en el tercio distal visible del colédoco con dilatación de la vía biliar intrahepática secundaria, hepatocolédoco dilatado, reflujo del medio de contraste por el trayecto fistuloso de la sonda. Tras mejorar sus condiciones generales y estado nutricional se ingresa a quirófano el 11.03.2008 con el diagnóstico preoperatorio de lesión de vías biliares Bismuth II, como cirugía programada derivación biliodigestiva. Con los hallazgos quirúrgicos de abundantes adherencias laxas en abdomen alto, sonda en T en hepatocolédoco, se decide realizar hepaticoyunioanastomosis de Roux en Y. Se continúa con apoyo de alimentación parenteral durante dos semanas. Iniciándose la vía oral al 7mo. día, afebril, con evacuaciones de características normales, se retiran drenajes. Es dado de alta 17 días después. **Conclusiones:** Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar constituyen una nueva enfermedad, una enfermedad generada por el cirujano que engendrará siempre para el paciente una alta dosis de riesgos, sufrimientos, daños orgánicos, psicológicos y económicos, disminuirá siempre su calidad de vida y en el mejor de los casos lo convertirá en un «lisiado biliar», pues los pacientes que han sufrido una injuria biliar estarán siempre en riesgo de una estenosis o una re-estenosis. El mejor tratamiento por lo tanto es sin dudas su prevención, pues no existe solución mágica ni 100% efectiva para estos pacientes aun en las mejores manos. No existen «recetas» para su manejo, pues cada paciente implicará sin dudas un reto. Su ocurrencia es totalmente evitable y por lo tanto recae totalmente en la responsabilidad y el buen juicio del cirujano el poder evitarlas.

SÍNDROME DE ASA CIEGA SECUNDARIO AL USO DE UN ASA LARGA PERCUTÁNEA EN UNA HEPATICOYEUANOANASTOMOSIS EN Y DE ROUX

Erick Servín Torres, Garduño VR, Farias AC, Velázquez GJA, Galindo ML, Delgado TGH, Bevia PF, Piscil SMA, Marmolejo EJ, Ortiz de la Peña SID. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades, IMSS, México D.F.

Introducción: El tratamiento de entidades tanto benignas como malignas de los conductos biliares frecuentemente implica la creación de una derivación biliodigestiva. La primera reparación biliar utilizando el conducto hepático fue realizada en Hospital Bichat en 1956 y fue comentada en un informe por Hepp y Cuinaud, actualmente la reparación hepaticoyeyunoanastomosis se ha convertido en la técnica de elección en el manejo de la lesión de la vía biliar. En 1965 Hallenbeck propuso una nueva técnica para el tratamiento de estenosis biliares, en los cuales en el transcurso de la hepaticoyeyunoanastomosis crea un estoma cutáneo del asa de yeyuno en Y de Roux como acceso para el manejo de la anastomosis. Posteriormente Praderi dos años después publica la reparación con asa ciega de yeyuno para evitar las complicaciones del estoma realizando las intervenciones mediante punciones percutáneas. La derivación biliodigestiva está sujeta a complicaciones como la estenosis de 21% en el seguimiento. Otro problema habitual es la litiasis intra o extra hepática con un 15-30% de los pacientes. Algunos artículos han mostrado las ventajas de la realización de esta variante de la técnica original de derivación biliodigestiva, evitando morbilidad de procedimientos transhepáticos para tener acceso al árbol biliar por punción percutánea y permitir un acceso para seguimiento colangiográfico y para dilataciones repetidas así como remoción de litos en caso necesario. Pese a que esta técnica parece relativamente simple, por desgracia no está libre de riesgos, el paciente presenta irritación de la piel por irritación del drenaje biliar, pequeños hematomas subcutáneos los cuales no tienen un origen aparente. Nosotros reportamos la complicación de síndrome de asa ciega la cual presentó hiperproliferación bacteriana y enteritis química en un paciente postquirúrgico de derivación hepaticoyeyunoanastomosis, presentándose con fiebre y dolor abdominal sin ictericia. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 56 años de edad ingresa a esta unidad con el diagnóstico de estenosis postquirúrgica de la vía biliar. Inicia su padecimiento con colecistectomía laparoscópica hace 4 años 15 días posteriores evoluciona con cuadro de ictericia con patrón obstructivo, se documenta lesión de vía biliar, siendo reintervenido quirúrgicamente fuera de nuestra unidad efectuándose derivación biliodigestiva, se desconocen hallazgos y técnica quirúrgica. Ha presentado desde hace tres años cuadros de fiebre y dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho sin predominio de horario, ausencia de acolia, coluria e ictericia, integrándose diagnóstico colangitis de repetición. Se efectúa concluyéndose colangiografía percutánea la cual evidencia anastomosis biliodigestiva hasta conducto hepático común permeable de con vaciamiento filiforme hacia yeyuno, por este motivo es programado para la realización de remodelación de derivación biliodigestiva, encontrándose en el transoperatorio la presencia hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux antecólica con asa ascendente a 45 cm del asa fija, con el extremo ciego fijo a pared abdominal a 70 cm del sitio de la hepaticoyeyunoanastomosis. Se efectúa remodelación de la hepaticoyeyunoanastomosis, resección del asa ciega redundante. El paciente presentó evolución clínica adecuada con disminución de sintomatología luego de tolerancia a la vía oral y alta del servicio tres días posteriores al procedimiento quirúrgico. **Conclusiones:** La técnica quirúrgica de derivación de la vía biliar ha demostrado que el estándar de oro lo representa la hepaticoyeyunoanastomosis. La realización de un asa larga de yeyuno ciega o en estoma es una modificación que ha presentado un buen acceso para seguimiento radiográfico diagnóstico y terapéutico. Las alteraciones en la técnica quirúrgica como dejar más de 40 cm de asa de yeyuno postanastomosis biliar puede presentar cambios en la luz intestinal como en el caso presentado modificando la evolución del paciente y aumentando su morbilidad. Nuestro paciente presentó datos de hiperproliferación bacteriana, con enteritis regional documentados como dolor abdominal y fiebre no cuantificados, los cuales fueron diagnosticados como estenosis de derivación biliodigestiva, la cual no fue corroborada en el hallazgo quirúrgico. La creación de un asa larga de yeyuno postanastomosis biliar ha demostrado su valía en el seguimiento de las derivaciones biliodigestivas, se deberá de respetar la técnica quirúrgica descrita en la bibliografía por el riesgo de complicaciones como la descrita en este reporte de caso.

LESIONES OPERATORIAS DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL EN LA ERA LAPAROSCÓPICA

Ernesto Manuel Hernández Valdés. Servicio de Cirugía General. Hospital «Faustino Pérez Hernández», Matanzas, Cuba

Introducción: La lesión de la vía biliar principal en el curso de una colecistectomía es uno de los accidentes más lamentables y desastrosos por sus potenciales consecuencias. Su incidencia al menos se ha duplicado en la era laparoscópica, sus posibilidades de reparación son limitadas, y en general los cirujanos que las producen no están capacitados para solu-

cionarlas. **Objetivo:** Identificar la incidencia y las causas de la lesión de la vía biliar principal en nuestro servicio de mínimo acceso. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo-prospectivo, longitudinal y analítico de los pacientes con lesión de la vía biliar. Periodo: 8/11/1996 hasta 30/04/2008. Hospital Universitario Cde Faustino Pérez Hernández. Matanzas. Cuba. **Resultados:** Durante este periodo se operaron 4,887 pacientes por distintas enfermedades de la vesícula biliar en nuestro servicio de mínimo acceso. Tuvimos 8 pacientes con lesión de la VBP (0.16%). La localización fue la siguiente: 2 en el hepático derecho, 2 en el hepático común y 4 de ellas en el colédoco (2 son secciones totales). Se diagnosticaron en el transoperatorio 3, en el postoperatorio (inmediato y tardío) 4. En una paciente no se hizo el diagnóstico y es el único caso fallecido. Operaciones realizadas: Hepaticoyeyunostomía en Y de Roux (3), Aspiración y drenaje de la cavidad (2), Colocación del tubo de Kehr (1), Rafia de la lesión (1). **Conclusiones:** La prevención y el diagnóstico precoz de las lesiones de la VBP son pilares importantes, y el tratamiento de las mismas deben ser realizados por cirujanos con experiencia en cirugía hepatobiliar.

DRENAJE PERCUTÁNEO DE BILIOMA Y RECONSTRUCCIÓN DE LA VÍA BILIAR

Jorge González Acosta, Villagrán VVL, Magaña RA, Godoy GIU, Jácome TR, Salado RE, Segovia MA, Villa FCE, Peña HFJ, Romero PR, Sánchez RC. Servicio de Cirugía General. Hospital UMAE HE Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Introducción: La causa más común de lesión de vía biliar extrahepática es iatrogénica, ya sea por colecistectomía laparoscópica (0.3–0.85%) o abierta (0.1–0.2%), en la cirugía laparoscópica la visión limitada, imagen en dos dimensiones, la pérdida de la palpación de estructuras, además de la inflamación crónica, obesidad, variaciones anatómicas y sangrado impiden una exposición óptima y falla para identificar adecuadamente las estructuras. El mejor momento para reparar la vía biliar es durante el mismo procedimiento en que se realizó la lesión, alcanzando una tasa de éxito del 70 a 90%, la mortalidad varía del 0 al 30%. **Reporte del caso:** Femenino de 45 años, antecedentes de importancia de 3 cesáreas, alérgica a la penicilina, asma bronquial de larga evolución en tratamiento. Fue sometida a una colecistectomía laparoscópica por colecistitis crónica litiasica con posterior salida de bilis a través de drenaje tipo Penrose, se realizó CPRE en la que se encuentra amputación del tercio medio del colédoco, motivo por el cual es enviada a nuestro hospital. A su ingreso con dolor abdominal, vómito de contenido gástrico, y disminución de gasto por Penrose, se realizan USG y TAC de abdomen en la que se encuentra bilioma de aproximadamente 500 cc, se realiza punción guiada por TAC con colocación de catéter cola de cochino sin complicaciones logrando drenaje del bilioma. Se solicita TAC de control donde se observa bilioma drenado, se realizó colangiorresonancia donde se observa lesión de vía biliar Bismuth III y se inició de NPT. Se mejoraron condiciones y se realizó hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux sin complicaciones, siendo egresada de nuestro servicio al séptimo día postoperatorio asintomática. **Conclusiones:** Para disminuir la incidencia de lesión de vía biliar, se debe evitar la tracción cefálica excesiva del fondo de la vesícula, uso de lente de 30° que permite una mejor visión de la estructuras anatómicas, en particular las que se encuentran proximales al triángulo de Calot, además que permite una mejor visión al momento de colocar las grapas. Evitar el uso del electrocauterio cerca de estructuras biliares, evitar la disección profunda del parénquima hepático y el uso de grapas proximales al hilio hepático. El manejo de las lesiones biliares depende del tipo, extensión y nivel de la lesión, así como el momento del diagnóstico. El drenaje externo de los biliomas, así como la descompresión percutánea de la vía biliar intrahepática es lo recomendado antes de la cirugía definitiva para lograr una mejor tasa de éxito posterior a la cirugía, la cual puede ser realizada de 6 a 8 semanas después del procedimiento derivativo.

RECONSTRUCCIÓN DE LA VÍA BILIAR POR ESTENOSIS SECUNDARIA A DERIVACIÓN BILIOENTÉRICA EN LESIÓN IATROGÉNICA BILIAR

Nohemí Preciado Amador, Ruvalcaba COG, Toscano IX, Navarro NVM, Palomares CUR, Ocampo GS. Servicio de Cirugía General. Hospital Civil Juan I. Menchaca, SSA, Zapopan, Jalisco

Introducción: Las causas de estenosis benigna de la vía biliar (ebvb) incluyen cálculos biliares, pancreatitis crónica, quistes del colédoco, colangitis esclerosante primaria, además de lesiones postraumáticas e iatrogénicas las cuales son consideradas como complicación tardía y grave de la cirugía biliar. La sospecha clínica de estenosis de la vía biliar es fácil cuando la obstrucción es parcial o completa ya que las manifestaciones clínicas ocurren en el postoperatorio inmediato. El diagnóstico se confirma con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y ultrasonograma. Cuando la estenosis es parcial, la sintomatología suele aparecer tardíamente.

Estudios han demostrado que el éxito de una anastomosis biliodigestiva dependerá de varios factores; grado de dilatación de la vía biliar, tipo de anastomosis biliodigestiva y grado de irrigación de la vía biliar. En cuanto a la selección de la técnica quirúrgica dependerá del sitio de lesión siendo la más utilizada la hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux, con tasa de estenosis postquirúrgica del 28%. El manejo de la EBVB por derivación biliodigestiva puede realizarse mediante dos formas: resección quirúrgica del segmento estenosado o dilatación del segmento vía endoscópica o percutánea. Las prótesis endobiliares colocadas vía endoscópica o percutánea pueden presentar obstrucción entre los 3 y 6 meses posteriores. En los casos de obstrucción recurrente y cuadros repetidos de colangitis se recomienda la intervención quirúrgica. El éxito a largo plazo del tratamiento quirúrgico es del 85 a 90%, con un porcentaje de mortalidad del 0 al 8% y una tasa de recidiva del 10% utilizando técnica de Hepp Couinaud o Rodney Smith. La tendencia actual es ofrecer como primera opción las modalidades no quirúrgicas. El tratamiento quirúrgico se debe reservar para los pacientes con estenosis altas, cuando exista cirrosis biliar o en caso de reestenosis a pesar del manejo conservador. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 33 años de edad la cual presenta dolor en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho, ictericia de piel y tegumentos, náuseas, vómitos y coluria. Como antecedentes de importancia refiere resección de quistes ováricos hace doce años, apendicectomía hace diez años, cuatro cesáreas y colecistectomía con derivación biliodigestiva por lesión de la vía biliar (Bismuth III) de diez años de evolución. Un año después de su intervención requiere múltiples hospitalizaciones por cuadros repetidos de colangitis realizando dilatación percutánea transhepática por estenosis de anastomosis biliodigestiva. Un año después presenta nuevamente cuadros de colangitis hasta la fecha. A la exploración física paciente en mal estado de hidratación, tinte icterico en piel y tegumentos, abdomen con presencia de cicatriz por incisión tipo Chevron, peristalsis presente, blando depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho e irradiado a región subescapular ipsilateral, no se palpan visceromegalias. Exámenes de laboratorio: HGB 12, PLT 250, WBC 8.5, BT 1.9, BD 1.1, AST 32, AST 30, FA 450 ingresa a quirófano para remodelación de la vía biliar refiriendo múltiples adherencias laxas asa-asa y asa-pared además de estenosis en sitio de anastomosis bilioentérica en Y de Roux; se desmantela anastomosis previa, se diseca espacio subhepático y exposición del árbol biliar, resecando tejido afectado y configurando derivación biliodigestiva mediante técnica de Rodney Smith además de colocación de tutor transhepático dirigido a conducto hepático izquierdo. **Conclusiones:** El manejo quirúrgico de la estenosis benigna de la vía biliar debe llevarse a cabo siempre y cuando el manejo conservador fracase, presentando nuevos episodios de obstrucción. La derivación mediante técnica de Rodney Smith ofrece buenos resultados con una tasa de reestenosis menor al 10%.

249

DRENAJE DE BILIOMA SECUNDARIO A LESIÓN DE VÍA BILIAR POSTERIOR A UN AÑO DE EVOLUCIÓN

Felipe de Jesús Peña Hernández, Del Ángel L, Sánchez FP, Godoy GIU, González KY, Brito TI, Magaña RA, Delgadillo OL, González AJ, Martínez OC. Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades CMN SXXII, IMSS, México, D.F.

Introducción: La lesión de vía biliar es la más grave y temida de las complicaciones de la colecistectomía, abierta y laparoscópica, en las publicaciones nacionales como extranjeras dan cifras de incidencia de esta complicación entre el 0.2 y el 0.8%, con mortalidad del 5.10%, y con un índice de estenosis de su reparación del 10.25%. Igualmente se ha señalado con insistencia, y sin oposición alguna, que su incidencia es 1.5 a 2 veces mayor con el acceso laparoscópico que con el convencional. **Reporte del caso:** Femenino de 46 años de edad, inicia en septiembre de 2006 cuadro de colecistitis crónica agudizada interviniéndose en su HGZ se realiza colecistectomía abierta y colocación de sonda en T por lesión parcial de vía biliar. Se retira a los dos meses, 24 h después del retiro de la sonda T, se interviene por abdomen agudo, realizándose laparotomía exploradora con hallazgo de bilioperitoneo. Un año después es enviada a nuestro HE, por ictericia obstructiva, se realiza CPRE con presencia de compresión extrínseca de segunda porción de duodeno, que condiciona estasis de alimentos y dificulta para el paso del duodenoscopio por el píloro y primera porción de duodeno, con reporte de probable lesión postquirúrgica de vía biliar. Se solicita TAC abdominal encontrando colección abdominal de 20 x 30 cm subhepática, 20 UH, hipodensa, que comprime el estómago y desplaza las asas intestinales. Durante su estancia hospitalaria se inicia apoyo de NPT y decide programación quirúrgica. Se interviene de manera electiva el 23/04/08, con hallazgo durante de colección abdominal de aproximadamente 1,500 cc biliopurulento, lesión de vía biliar extrahepática Bismuth III. Se realiza drenaje de bilioma, derivación biliodigestiva (Hepp Couinaud), GYA en Y de Roux, y biopsia hepática. **Conclusiones:** Después de la incorporación de la colecistectomía laparoscópica, sigue marcada por innumerables publicaciones extranjeras y algunas nacionales que le atribuyen un mayor índice de complicaciones, especialmente de lesiones de la vía biliar, en ellas se recogen cifras de 0.3 10% para las lesiones de

vía biliar en general, y de 0.52%. en EUA, hasta el 0.5% en grandes series internacionales. En cuanto a la oportunidad del diagnóstico existe consenso en que el pronóstico inmediato mejora cuando se hace en el intraoperatorio, tanto porque se evitan los problemas de las complicaciones postoperatorias, como porque se puede realizar una reparación inmediata que tiene mejores resultados. Las lesiones de vía biliar son significativamente más frecuentes en colecistectomía abierta (0.15%) que en colecistectomía laparoscópica (0.05%), aún sin atribuirle a las primeras, las 2 lesiones producidas, en el tiempo abierto de las colecistectomías laparoscópicas convertidas (0.88%).

250

INCIDENCIA DE LESIÓN DE VÍA BILIAR EN UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA

Juan José Viesca Gaona, Cerda CL, Mar CR, Ochoa VL, Pacheco GC, Garibaldi IM, Chávez C, Ríos K, Trujillo RA, Moreno CE. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Tampico, SSA, Madero, Tamaulipas

Introducción: La colecistectomía, es una intervención mayor en cirugía general, llevando consigo un cierto porcentaje de lesión iatrogénica de la vía biliar, que muchas de las veces es inadvertida y describiendo el procedimiento erróneamente como una operación fácil, con potenciales consecuencias lamentables. El problema constituye un desastre tanto para el paciente como para el cirujano, y la consecuencia del mismo obliga a extremar el conocimiento de la técnica. Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica el reemplazo de la colecistectomía abierta es inminente, en el tratamiento de pacientes con colecistitis litiasica, reportándose en la literatura una incidencia de lesiones de vía biliar que oscila entre el 0.1 y 0.6%. **Objetivo:** El objetivo principal es identificar la incidencia real de lesión de vía biliar registrada en nuestro hospital, determinar los patrones de presencia de lesión de la vía biliar en la colecistectomía tanto abierta como en la laparoscópica y describir el manejo de estos problemas, así mismo se identifican los factores que puedan conducir a un diagnóstico temprano de la lesión. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, con revisión de los expedientes de pacientes evaluados con lesión de la vía biliar por colecistectomía, en el periodo comprendido de el 1o de enero de 2004 al 31 de diciembre de 2007, cuyas variables incluidas son: sitio y tipo de lesión, tiempo de reconocimiento de la lesión, presentación clínica en cada paciente y tratamiento efectuado. **Resultados:** Se realizaron 953 colecistectomías en el periodo de revisión, 905 (95%) con técnica abierta y 48 (5%) mediante laparoscopia, se revisaron 10 casos detectados de lesión de vía biliar equivalente a una incidencia del 1.04%, de los cuales 9 corresponden al sexo femenino y 1 al sexo masculino de los casos revisados 8, se identificaron al momento de la cirugía efectuando 2 conversiones de laparoscopia a técnica abierta y 2 pacientes con lesión identificada dentro de las primeras 48 h de realizado el evento quirúrgico, se realizaron, 1 procedimiento con anastomosis término-terminal de colédoco con sonda de Kerh, 2 procedimiento con técnica de Rodney Smith y 7 con derivación hepaticoyeyuno anastomosis con Y de Roux, con un seguimiento a 6 meses, manteniendo un índice de mortalidad del 30%. **Conclusiones:** Las lesiones de la vía biliar refleja la inexperiencia del cirujano en la técnica laparoscópica, el exceso de confianza, la dificultad de la técnica durante el procedimiento quirúrgico, las aberraciones en la anatomía de la vía biliar, el pobre juicio para la aplicación de una técnica adecuada en el abordaje de la patología de litiasis vesicular, selección inadecuada de pacientes para procedimiento laparoscópico, el uso de colangiografía transoperatoria de rutina, realizar una evaluación lógica de los intentos iniciales de reparación de la lesión, identificar de forma oportuna las lesiones de la vía biliar y evaluar adecuadamente el manejo definitivo de la lesión, implementar el algoritmo propuesto por la clínica Mayo.

251

QUISTE DE COLÉDOCO: REPORTE DE UN CASO

Jorge Armando Castillo González, Bernal AR, Molina FE, Aguilar MI. Servicio de Gastrocirugía, HGZ 6, IMSS, Monterrey, Nuevo León

Introducción: Un quiste coledociando se define como una dilatación congénita aislada o combinada del árbol biliar extrahepático o intrahepático. En los niños, los hallazgos clásicos incluyen una masa en hipocondrio derecho, ictericia y dolor abdominal. En los adultos el diagnóstico a menudo se confunde con una enfermedad benigna de la vía biliar o páncreas. La incidencia se encuentra 1 x 15,000 nacidos vivos, con una relación 3:1 mujeres sobre hombres. Se clasifican en 5 tipos, el tipo I más frecuente en 60% es fusiforme, tipo II o Sacular, tipo III o coledococoele, tipo IVa intra y extrahepático, IVb múltiples extrahepático, y V o enfermedad de Caroli. La etiología se debe una anomalía entre el conducto pancreático y las vías biliares. El diagnóstico se establece mediante cuadro clínico y estudios de gabinete como ultrasonido y TAC que determinan el tamaño, el contorno y la localización, la CPRE tiene la ventaja de definir la anatomía ductal inferior, y la unión anómala entre colédoco y conducto pancreático. El tratamiento es quirúrgico mediante resección de quiste y reconstrucción de la

vía biliar en hepatoyeyuno en Y de Roux para, excepto para el tipo III tratado con esfinteroplastia transduodenal o popilotomía, y el tipo V resección hepática donde se encuentran las lesiones. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 30 años. Antecedentes negados para el padecimiento. Refiere iniciar su padecimiento con 6 meses de evolución con dolor tipo cólico localizado en epigastrio y mesogastria irradiado a hipocondrio derecho, acompañado de náuseas y vómito, no relacionado con la ingesta de colecistocinéticos, es manejado con inhibidores de bomba sin mejoría ameritando internamiento en 3 ocasiones, posterior se agrega ictericia conjuntival. Se realiza exámenes de laboratorio con BT de 3.6 mg-dl, BD 2.3 mg-dl AST 212 UI-dl, ALT 431 UI-dl. A la exploración física hidratada, cardiopulmonario sin compromiso, el abdomen blando depresible, con dolor a palpación en hipocondrio derecho no Murphy, no se palpa tumoración alguna, se realiza TAC y US de hígado y vía biliar reportando tumoración quística dependiente de colédoco. Se somete a LAPE, Se encuentra quiste de colédoco tipo I, de 10 x 6 cm vascularizado, con paredes delgadas, se realiza resección de quiste con reconstrucción hepatoyeyuno en Y de Roux, evoluciona satisfactoriamente con actuales exámenes de laboratorio BT 0.5 mg-dl, BD 0.1 mg-dl, AST 16 UI-DL y ALT 15 UI-DL. **Conclusiones:** Los quistes de colédoco es una enfermedad extremadamente rara, por lo que su diagnóstico se establece mediante estudios radiológicos. De los diferentes tipos de quistes, el I es el más frecuente y es el que presentó este paciente. El tratamiento es la resección del quiste con reconstrucción hepatoyeyuno en Y de Roux.

252

QUISTE DE COLÉDOCO Y CONDUCTO HEPÁTICO ACCESORIO. REPORTE DE UN CASO

Alejandro Manrique López, Alonso RO, Arizpe FD, Méndez PJ, Medina MJ, Alonso RJ, Ortiz RM, Maquítico C, García GJ, Zamudio GC. Servicio de Cirugía. Hospital UMAE 25, IMSS, Mante, Tamaulipas

Introducción: Los quistes de colédoco son dilataciones congénitas del árbol biliar que suelen ser diagnosticados en la infancia, pero puede presentarse en la edad adulta. Dado el riesgo de malignidad y colangitis recurrente, el tratamiento es la escisión con el restablecimiento de la continuidad bilioentérica y de acuerdo al tipo de quiste, empleando la clasificación de Todanni será el procedimiento a efectuar. La creencia actual es que se desarrollan en forma secundaria a una inserción anormal del conducto pancreático en el colédoco proximal al esfínter de Oddi en lugar de la disposición normal en la cual ambos atraviesan ese esfínter. Se han reportado algunas variaciones en los quistes de colédoco como presencia de conductos hepáticos aberrantes y quistes del conducto cístico, los cuales se ha propuesto se clasifiquen dentro de un nuevo grupo. El conducto hepático accesorio es una variante anatómica presente hasta en el 15% de las anomalías de los conductos biliares. La lesión de este conducto es clasificada según Bismuth en tipo V y se maneja de acuerdo a la sintomatología y diámetro del conducto siendo la ligadura del mismo en diámetro menor de 3 mm y en derivación biliodigestiva en el resto. **Reporte del caso:** Femenina de 45 años que inicia padecimiento en diciembre de 2007, dolor en hipocondrio derecho, náuseas sin vómito, sin ictericia. Exploración física buena coloración de tegumentos buen estado de hidratación, campos pulmonares y ruidos cardíacos presentes y normales, abdomen blando depresible sin megalias peristalsis presente, sin datos de irritación peritoneal, ni dolor a la palpación, extremidades normales. Eco abdominal dilatación de vía biliar extrahepática probable quiste páncreas vs colédoco. Tac de abdomen tumoración a expensas de vía biliar. Colangiorensonancia: quiste de colédoco, Todani tipo I, por lo que se decide programar para procedimiento quirúrgico. Hallazgos transoperatorios quiste de colédoco tipo fusiforme dimensiones de 8 x 5 cm desde hepático distal hasta colédoco retroduodenal. Hepático derecho accesorio diámetro de .2 cm, hepático común con diámetro de 1 cm. Se realiza disección y ligadura de conducto hepático accesorio y hepatoyeyunoanastomosis con ácido poliglicólico 4-0 puntos continuos posteriores y separados anteriores, asa de Y de Roux con entero-entero anastomosis con asa de 40 cm hacia treitz y asa de 50 cm hacia hepatoyeyunoanastomosis, entero-entero anastomosis latero-lateral manual en un plano con prolene 2-0, se coloca drenaje tipo Blake en cavidad. La evolución postoperatoria sin complicaciones iniciando vía oral a los tres días en el postoperatorio y siendo egresada de la unidad a los seis días del mismo con control por consulta externa, la cual hasta el momento ha sido adecuada. **Conclusiones:** Los quistes de colédoco se presentan principalmente en niños pero pueden presentarse a cualquier edad sobre todo en mujeres, la sintomatología es inespecífica pero siempre debe ser un diagnóstico diferencial al existir masa abdominal, ictericia y dolor. El manejo es quirúrgico debido al riesgo de malignidad presente y de acuerdo al tipo de quiste, empleando la clasificación de Todanni será el procedimiento de elección, el caso presentado en este reporte se clasifica como tipo I, el manejo en estos casos es hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux, en este paciente se presentó un conducto hepático derecho accesorio, en este tipo de casos el manejo se realiza de acuerdo al diámetro del conducto accesorio ligadura o derivación del mismo, en este caso por tener un diámetro menor a 3 mm se realizó ligadura

del mismo. Hay múltiples reportes de anomalías que acompañan a los quistes de colédoco como quistes del cístico, conductos hepáticos accesorios y en algunos casos atresia de vías biliares por lo que se ha propuesto sean clasificados dentro de un nuevo grupo, ya que la clasificación actual no contempla este tipo de variantes.

253

QUISTE DE COLÉDOCO

Francisco Rafael Torres Violante, Rodríguez BE, Gómez RG, López RF. Servicio de Cirugía General. Hospital HGR No. 6, IMSS, Tampico, Tamaulipas

Introducción: El quiste de colédoco es una dilatación congénita aislada o combinada del árbol biliar extra o intrahepático. Corresponde al 1% de las lesiones biliares benignas. Su primera descripción data de 1723, año en que Vater documentó la dilatación fusiforme del colédoco. Su diagnóstico es más común durante la adolescencia pero algunos casos que alcanzan el 20-30% se conocen en la edad adulta (mayores de 40 años). En todas las estadísticas predomina en el sexo femenino en su relación de 4:1. Básicamente existen 2 tipos, glandular y fibrótico y aún su etiología es discutible. **Reporte del caso:** Femenino 43 años. Qx, (+), cesárea hace 16 años. Infecto-contagiosos, (+), hepatitis hace 15 años. P.A. agosto 06, Dolor en hd, secundario a ingesta de colecistocinéticos, irradiado a escápula ipsilateral, acompañado de distensión abdominal, náuseas, vómito. E.F. Normal. No ictericia. Lab, BHC, QS, PC, PFHc, normales. USG, VBIH, normal. En trayecto de colédoco se observa lesión anecoica que parece depender del mismo de 3.5 cm aproximadamente de diámetro, vesícula con pared engrosada e irregular con pequeños litos en su interior. IDx, CCL, pble. Quiste de colédoco. ERCP, dilatación de colédoco de 2.5 cm que podría corresponder a quiste de colédoco. TAC, Quiste de colédoco. Cirugía, resección de quiste de colédoco tipo I de Todani con reconstrucción hepatoyeyunoanastomosis de Roux en Y transmesocólico. Evolución PO satisfactoria. RHP, quiste de colédoco. No cambios malignos. **Conclusiones:** En efecto el quiste de colédoco es una patología congénita, con síntomas no específicos y de diagnóstico accidental en la mayoría de los casos. Predomina en el sexo femenino y en la 5ta década de la vida. Debe estudiarse ampliamente para clasificarlo ya que de acuerdo al tipo será la cirugía a realizarse. Es muy importante el riesgo de malignización ya que es superior al 60% y por tanto en todos los casos que sea posible deberá researse al 100%.

254

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL QUISTE DE COLÉDOCO EN PEDIATRÍA

Verónica Zavala Franco, Cornejo, Guerrero, Mora. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional «La Raza», IMSS, México, D.F.

Introducción: Los quistes de colédoco son malformaciones congénitas de causa aún desconocida, el diagnóstico se realiza por ultrasonido (USG) y el tratamiento definitivo es la resección total del quiste con derivación biliodigestiva; la técnica habitual es la hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux. **Reporte del caso:** Presentación del caso. Se trata de paciente del sexo masculino de 7 años de edad sin antecedentes de importancia, inicia padecimiento 3 días previos a su ingreso con dolor abdominal y vómito gastrobiliar sin fiebre ni datos clínicos de apendicitis, la biometría hemática y pruebas de funcionamiento hepático fueron normales llamando la atención elevación de fosfatasa alcalina (255 U/L) y deshidrogenada láctica (256 U/L). Se realiza USG abdominal observando dilatación del colédoco. Se explora quirúrgicamente corroborando un quiste de colédoco tipo I encontrando perforación antigua puntiforme sellada mediante colangiografía transoperatoria. Se realizó una resección del quiste y colecistectomía con hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux. El estudio histopatológico reportó una colecistitis crónica litiasica y el quiste con cistadenoma papilar. Su evolución fue satisfactoria con profilaxis antimicrobiana y a 5 meses de seguimiento está asintomático. **Discusión:** El quiste de colédoco es una patología poco frecuente presentándose en la mayoría de los casos en mujeres con la triada clásica de dolor abdominal, fiebre e ictericia en nuestro caso sin datos clínicos clásicos se realizó como diagnóstico diferencial corroborado por USG y colangiografía esta última en forma transoperatoria. El tratamiento consiste en la resección del quiste por riesgo de presentar un carcinoma de la vía biliar en un futuro. La derivación bilio-digestiva convencional es la hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux sin embargo existen otros procedimientos como las cistoyeyuno o cistoduodeno-anastomosis y la transposición del apéndice cecal, todas éstas logran la eliminación de la bilis. El procedimiento se lleva a cabo a través de cirugía abierta aunque en los últimos años se ha reportando como alternativa la laparoscopia con video-asistencia con buenos resultados. **Conclusiones:** El diagnóstico de quiste de colédoco se sospecha clínicamente con la triada clásica, el estudio estándar de sigue siendo el ultrasonido y el tratamiento convencional es la derivación biliodigestiva en sus diferentes modalidades.

CONDUCTO BILIAR ABERRANTE ENTRE LOS CONDUCTOS HEPÁTICOS DERECHO E IZQUIERDO; CON DESEMBOCADURA DEL CONDUCTO CÍSTICO HACIA EL CONDUCTO HEPÁTICO DERECHO

Javier Francisco Estrada García, Cuenca MI, Carballo CF, Mejía CG, Montero MR, Ramírez ME, Guerrero BL, Figueroa EB, Sánchez MR, Ramos XR, Ramírez PL. Servicio de Cirugía General. Hospital General Balbuena, SSA, GDF, México, D.F

Introducción: Las anomalías del conducto cístico y de los conductos biliares extrahepáticos son variables, y el cirujano debe estar familiarizado con estas variaciones para prevenir lesiones de la vía biliar. Estas anomalías extrahepáticas pueden ser de los conductos hepáticos, el conducto cístico o el colédoco. En el 57 al 68% de los pacientes las ramas derechas posterior y anterior se unen y el conducto hepático derecho se une al conducto hepático izquierdo para formar el conducto hepático común. En el 1.5 al 3% de los pacientes el conducto cístico se une en la confluencia de todos los conductos o con uno de los conductos hepáticos derechos. En el 0.6% de los individuos el conducto cístico desemboca en el hepático derecho. El conducto cístico, el conducto hepático derecho y el conducto hepático izquierdo se unen al mismo nivel y forman una trifurcación. Por lo que el conducto hepático derecho se puede confundir con el conducto cístico, y puede ser ligado y cortado de forma inadvertida. Los conductos hepáticos accesorios son variantes del trayecto y la longitud de conductos que normalmente se encuentran y en la mayoría de los casos tienen posición aberrante. Están presentes en el 10 al 30% de los pacientes y pueden surgir del hígado para unirse al conducto hepático derecho, al conducto hepático común, al conducto cístico, al colédoco o a la vesícula biliar. **Objetivo:** Se trata de paciente femenino de 42 años de edad, casada, dedicada al hogar, originaria y residente del estado de México, religión católica. Quien llega a Urgencias Adultos del Hospital General Balbuena por cuadro de coledolitiasis. **Material y métodos:** La paciente inicia su padecimiento actual 24 horas antes de su ingreso (06-03-08) con dolor súbito en hipocondrio derecho, de tipo cólico a opresivo, de moderada a alta intensidad, con irradiación a región lumbar ipsilateral. Acompañado de náuseas y vómito en un número de 5 ocasiones de contenido gastrobiliario; así como de hipertermia no cuantificada. Se automedica antiespasmódicos del tipo de la butiliosina y antipirético como el metamizol, sin mejoría clínica por lo que acude al Servicio de Urgencias Adultos de la unidad hospitalaria. Exploración física. TA 130-80 mmHg FR: 22 x' FC 80 x' Temp. 37 °C. Se encuentra paciente consciente orientada, cooperadora, palidez tegumentaria, mucosa oral regularmente hidratada. Cabeza, cuello y cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen: globoso a expensas de pániculo adiposo; a la palpación blando depresible, con dolor a la palpación en hipocondrio derecho, con Murphy positivo, no Von Blumberg. A la auscultación: peristalsis presentes de buena intensidad y frecuencia de 8 por minuto. Laboratorios. Tp: 10.1 segundos; TPT: 24.9 segundos 144.6% INR: 0.86 biometría hemática: Leucocitos: 15.8 neutrófilos: 12.6 hemoglobina: 12.90 hematocrito: 39.3 plaquetas: 247. Química sanguínea: Glucosa: 128 BUN: 13 creatinina: 0.9. Pruebas de función hepática: bilirrubina total: 0.58, bilirrubina conjugada: 0.14, bilirrubina indirecta: 0.44, fosfatasa alcalina: 101, alanino aminotransferasa: 34, aspartato aminotransferasa: 15, gamma glutamil transpeptidasa: 27, albúmina: 3.5, globulina: 4.4, relación albúmina globulina: 0.8, proteína total: 7.9, amilasa: 59, lipasa: 196 ultrasonido de hígado y vías biliares. Hígado: discretamente aumentado de tamaño y volumen, la densidad del parénquima se observa homogénea no observando patología ecográfica aparente mayor de 1.0 cm de diámetro ni dilatación de las vías biliares intra ni extrahepáticas al momento del estudio. Vesícula biliar: Aumentada de tamaño y volumen, mide aproximadamente 12.2 x 4.7 cm, la pared se observa engrosada de 4 mm de diámetro, ecográficamente sugestiva de proceso inflamatorio; en el interior de la vesícula biliar se observan múltiples imágenes ecodensas que proyectan sombra sónica posterior ecográfica, sugestiva de múltiples litos. **Resultados:** La paciente es intervenida quirúrgicamente para el día 08-03-08, con siguientes hallazgos: Vesícula biliar a tensión de 10 x 8 x 4 cm de diámetro, con 80 ml de líquido claro en su interior, con múltiples litos en su interior de 0.5 cm de diámetro, conducto cístico corto de 0.5 cm sin palpar litos en su interior y que desemboca en el conducto hepático derecho, el cual es largo de 2 x 0.5 cm al igual que el izquierdo. Se observa conducto aberrante entre conducto hepático derecho e izquierdo de aproximadamente 0.5 x 0.25 cm. Conducto colédoco de 0.8 cm sin litos palpables en su interior. Hígado de características macroscópicas normales. **Conclusiones:** Se puede concluir que la anatomía de la vía biliar es muy variable, y puede incluir tanto la vía biliar intrahepática como la extrahepática. De esta última en sólo el 0.6% de los individuos el conducto cístico desemboca al conducto hepático derecho. Y de los conductos aberrantes o accesorios en sólo 10 al 30% de los individuos pueden surgir del hígado para unirse a los conductos hepático común, al hepático derecho o izquierdo, al colédoco, al cístico o a la vesícula biliar. Como en el caso de esta paciente en que se encuentra la desembocadura del conducto cístico al conducto hepático derecho, así como la unión de un con-

ducto accesorio entre el conducto hepático derecho e izquierdo, las cuales si no se hubiese disecado de forma minuciosa y anatómica las estructuras del triángulo de Callot, se hubiera producido una lesión de la vía biliar, lo que hubiera incrementado la morbimortalidad de la paciente, pero afortunadamente la paciente tubo una mejoría satisfactoria sólo con el manejo que se le dio.

256

QUISTE DE COLÉDOCO

Jaime Báez García, Martínez HMP, Martínez SN, Báez AJA, Iriarte GG, Iñiguez LLS. Servicio de Cirugía General. Hospital Guadalupano de Celaya, Celaya, Guanajuato

Introducción: La presentación de los quistes de colédoco difiere de adultos a niños, siendo diagnosticados más del 50% en infantes menores de 10 años de edad, dos tercios de los reportes provienen de Asia, con 1 caso por cada 1,000 ingresos hospitalarios, mientras que en Occidente corresponden a un caso por cada 100,000. La relación mujer/hombre es de 4:1. El tipo I de la clasificación de Todani-Watanabe está presente en el 40 al 60%, su presentación clínica de «triada clásica» (masa abdominal, dolor e ictericia) se manifiesta del 5 al 30% y con una incidencia a carcinoma en el 3 al 5% de los casos. El tratamiento quirúrgico es encaminado a la escisión total del quiste con reconstrucción biliar, remover epitelio premaligno y reducir la incidencia de ictericia y colangitis (tipos I-III) individualizando el manejo en base a la edad del paciente, su presentación clínica y el tipo de quiste (tipos IV-V). **Reporte del caso:** Masculino de 12 años de edad con cuadros recurrentes de 2 años de evolución caracterizados por ictericia, dolor abdominal superior y fiebre, previamente asintomático. Acude con facultativo que detecta masa palpable en epigastrio y datos de colangitis aguda, se realiza placa simple de abdomen demostrando aire en vía biliar, los estudios de laboratorio con hiperbilirrubinemia directa, fosfatasa alcalina elevada, leucocitosis y amilasa elevada el doble de lo normal. TAC abdominal con degeneración quística de colédoco, sin dilatación de vías biliares intrahepáticas, hígado, páncreas, vesícula biliar y bazo dentro de la normalidad. CPRE con coledocolitiasis por lito impactado en ampulla de Vater, quiste de colédoco tipo I (fusiforme), estenosis distal de colédoco, se realiza esfinterotomía con extracción del cálculo impactado. Una vez con el paciente en mejores condiciones y resolución de la colangitis se somete a colecistectomía y cistectomía con reconstrucción biliodigestiva con hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux sin complicaciones, siendo egresado al 4 día de postoperado. El RHP quiste de colédoco (7 cm) tipo 1 completamente resecado, sin presencia de células malignas. El paciente actualmente en su seguimiento asintomático y con pruebas de función hepáticas normales. **Conclusiones:** Los quistes de colédoco no son frecuentes, generalmente el diagnóstico se realiza en pacientes con la triada de dolor, ictericia y masa palpable. El tratamiento es quirúrgico y debe resecarse completamente el quiste para evitar transformación maligna.

257

QUISTE DE COLÉDOCO GIGANTE TODANI TIPO I: REPORTE DE CASO

Salomón Serrano Ortiz, Evaristo MG, Fuentes FF, Gudíño GV, Ledezma V, García BL. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional de Zapopan «Valentín Gómez Farías», ISSSTE, Mixquiahuala, Hidalgo

Introducción: El término dilatación biliar congénita está remplazado al término quiste coledociano (QC), como reconocimiento de que éste último es sólo una malformación, aunque la más predominante de un conjunto de anomalías encontradas en el sistema pancreatobiliar. En su mayoría se presentan en la primera década de la vida, pero recientemente la enfermedad se está presentando más en la edad adulta. La incidencia del QC es de 1 en 13,000 a 15,000 en países orientales, en Japón llega a ser de hasta 1 en 1,000. Es más frecuente en mujeres. La dilatación quística del árbol biliar puede ocurrir en forma extrahepática, intrahepática o ambos, siendo el más frecuente el extrahepático y de estos el tipo I de la clasificación de Todani y col hasta en un 85% de los casos. Aunque su etiología aún no está bien establecida, la teoría más aceptada es una anomalía entre el conducto pancreático y las vías biliares, que origina un conducto común, a través del que las secreciones pancreáticas podrían alcanzar el colédoco, con la destrucción enzimática resultante de la pared y dilatación quística posterior. Los síntomas clásicos son dolor, ictericia, masa palpable y fiebre. Puede pasar años desapercibida, hasta la edad adulta. Sin diagnóstico es probable que aparezcan secuelas como colangitis, absceso hepático, cirrosis e hipertensión portal. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 16 años de edad con antecedente de ictericia generalizada asintomática de un año de evolución manejada como hepatitis viral, refiere acolia, coluria, astenia, adinamia, se agregan dolor abdominal y fiebre en las últimas semanas. A la EF: Se encuentra paciente asténico, ictericia generalizada, regular estado de hidratación, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen plano, blando, se palpa masa en hipocondrio derecho, dolorosa, no datos de irritación peritoneal, hepatomegalia y esplenomegalia, peristalsis presente. Es referido a urgencias en donde se realiza ECO que

reporta hepatomegalia, dilatación de la vía intrahepática, imagen anecogénica de bordes regulares de aproximadamente 6 cm separada de vesícula biliar la cual mide 5.1 x 3.2 x 2 cm con lodo en su interior. LABS leucos 12, 340, Hb13, Hto 37.9, Plaquetas 214, 000, Ns 76%, glucosa 73, Urea21, Cr 0.4, AST 298, ALT 199, Alb2.1, DHL 223, BT 19, BD 11.1, BI 7.9, amilasa 78, lipasa 52, TP 16.5, TPT 37.2. Ingresa para manejo médico con antibióticos y preparación preoperatorio. Se realiza TAC de abdomen reportando tumoración quística de aproximadamente 11 cm, dilatación de vías biliares intrahepáticas, esplenomegalia. Se realiza colangiorresonancia reportando dilatación aneurismática segmentaria del conducto biliar común y del conducto hepático común, dilatación de los conductos biliares intrahepáticos, el quiste mide 11.5 x 7 cm, condiciona desplazamiento anterior de la glándula pancreática. El paciente se somete a intervención quirúrgica con colecistectomía, resección de quiste de colédoco tipo 1 de 13 x 13 cm y hepaticoyunooanastomosis en Y de Roux. Evolución postoperatoria satisfactoria con exámenes de laboratorio y gabinete de control con resultados dentro de parámetros normales, iniciando dieta a los 6 días del postoperatorio y egresándose a los 9 días posteriores a su cirugía. Última consulta de seguimiento el pasado 07 de marzo de 2008, paciente asintomático, con adecuado crecimiento y desarrollo, con laboratorios dentro de parámetros normales a excepción de fosfatasa alcalina 1,557, por anastomosis biliodigestiva, a dos años de seguimiento sin presentar cuadros de colangitis. **Conclusiones:** El diagnóstico de QC generalmente se realiza en el paciente pediátrico para tratar de resolverlo. El diagnóstico tardío predispone al riesgo de desarrollar complicaciones infecciosas en vía biliar, cirrosis o hipertensión portal. Aunque menos del 50% de los pacientes presentan la triada clásica de dolor, ictericia y tumor abdominal, el riesgo de malignidad aumenta con la edad 14.3% después de los 20 años. La derivación biliar con Y de Roux con la resección de quiste coledociano es una alternativa excelente y se asoció a un buen resultado.

258

QUISTE DE COLÉDOCO TODANI IA DIAGNOSTICADO POR CUADRO DE COLECISTITIS AGUDA

José Abenamar Ricardez García, Obregón MJ, Arruel CL, Romero AJ, García Garma MA, Montero GP, Palmeros RA, Trujillo MK, Ramos LO. Servicio de Cirugía. Hospital Ángeles Mocel, México, D.F.

Introducción: El quiste del colédoco se define como la dilatación congénita o combinada del árbol biliar extrahepático o intrahepático; son lesiones poco frecuentes y su etiología no ha sido claramente determinada. Se presenta tanto en las vías biliares intra como extra hepáticas. La dilatación sacular del quiste hace que se acumule bilis y esto predispone la formación de litiasis y estenosis, lo que a su vez puede ocasionar el desarrollo de pancreatitis o colangitis graves. Se presenta un caso cada 100,000 a 150,000 nacimientos de los cuales sólo el 20 a 30% se lo diagnostica en el adulto y su diagnóstico se lo hace especialmente en niños, por lo tanto en adultos, es aún más raro encontrarlo. Relacionados con el sexo, en la mujer se presentan 3 a 4 veces más frecuente que en los hombres. El diagnóstico preoperatorio se realiza mediante: US de abdomen para determinar el tamaño, el contorno y localización de los quistes del colédoco. La TAC puede definir el tamaño, la localización y la extensión de la dilatación biliar intra o extrahepática. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica tiene la ventaja de definir la anatomía ductal inferior y, específicamente, la presencia de una unión anómala entre el colédoco y el conducto pancreático. El tratamiento de elección en los quistes de colédoco ha sido su exéresis por laparotomía unida a derivación biliar, aunque en los últimos años se ha preconizado la papilotomía endoscópica. **Reporte del caso:** Se presenta el caso de una paciente de 17 años de edad que se presentó con dolor abdominal súbito, en epigastrio e hipocondrio derecho, posterior a la ingesta de alimentos, constante, de intensidad 9/10 y vómito en diez ocasiones, sin fiebre ni otros síntomas acompañantes. La paciente presentaba dolor a la palpación en epigastrio y en hipocondrio derecho con Murphy positivo, sin datos de irritación peritoneal. El diagnóstico fue realizado por medio de USG de hígado y vías biliares el cual reportó dilatación de vías biliares con PFH normales, motivo por el cual se realizó TAC diagnosticándose quiste de colédoco Todani Ia y colecistitis alitiásica. La paciente fue programada para resección quirúrgica y se le realizó colecistectomía, resección de quiste coledociano y hepaticoyunooanastomosis en Y de Roux. El estudio histopatológico reportó quiste de colédoco sin neoplasias. La evolución de la paciente fue satisfactoria posterior a la intervención quirúrgica por lo que fue dada de alta sin complicaciones. **Conclusiones:** Los quistes del colédoco siguen siendo una patología poco frecuente y un reto en cuanto a su tratamiento quirúrgico. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, siendo ésta confirmada con la realización de ecografía, estudio que continúa siendo el de primera elección. La colangiografía por resonancia nuclear es una de las buenas alternativas en aquellos pacientes en los cuales la ecografía no es conclusiva. En cuanto al estudio y tratamiento de estos pacientes se recomienda la realización rutinaria de biopsia hepática, colangiografía intraoperatoria transvesicular, resección del quiste con reconstrucción tipo hepaticoyunostomía término lateral de Roux en Y.

QUISTE CONGÉNITO DE COLÉDOCO

Ismael Brito Toledo, Del Ángel L, Peña HFJ. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades CMN SXXII, IMSS, México, D.F.

Introducción: El quiste de colédoco, es una condición que consiste en la dilatación quística de los conductos biliares intra o extrahepáticos. La primera descripción fue hecha por Vater en 17,232, y la primera resección fue realizada por Mac Worter en 19,243. Es una condición infrecuente, con incidencias entre 1/13,000 y 1/2,000,000 en países occidentales y de 1/1,000 en países asiáticos 4.5. Las mujeres son afectadas más que los hombres en proporción de 4 a 16.60% de los casos son diagnosticados antes de los 10 años de edad y sólo 20 a 30% se diagnostican en la vida adulta, es infrecuente en la vida adulta y pocas veces se ha diagnosticado durante la gestación o el puerperio. **Reporte del caso:** Paciente de 21 años, sin antecedentes personales patológicos. Inicia su padecimiento hace seis meses a finales de su segundo trimestre de embarazo con dolor en epigastrio y cuadrante superior derecho, náuseas y vómitos, en control con US con detección de pb quiste de colédoco. Se deja evolucionar su embarazo y al término de éste, dos semanas después inicia con síndrome icterico, coluria, sin fiebre, sólo escalofríos durante eventos de dolor. US con dilatación de la vía biliar intrahepáticas. TAC con presencia de quiste de colédoco vs hepático, con vesícula biliar acodada. Cursa con tiempos de coagulación normales, Bh 9.9 leucocitos 5.9 plaquetas 480 PFH BT 25.7 BD 9.2 ALT 189 AST 231 FA 712 GGT 1180. Se intenta la realización de CPRE la cual fue fallida logrando sólo realizar enterotomía pancreática y biliar, con salida abundante bilis achocolatada, con progresión a síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (colangitis) y datos de abdomen agudo, se somete a laparotomía exploradora con hallazgos: Peritoneo con colocación amarilla, ascitis biliar, hígado colestático aumentado de tamaño, vesícula biliar de 12 x 10 x 8 cm de paredes engrosadas, pared posterior necrótica, con bilis infectada, colédoco de 15 x 20 cm, con múltiples dilataciones hacia región posterior del hepático derecho, cístico aumentado de tamaño, dilatación de la vía biliar con necrosis de su pared anterior y posterior, bilis infectada, fétida. Sangrado 2,750 cc. Realizándose resección de la dilatación de vía biliar, colecistectomía y hepaticoyunooanastomosis en Y de Roux, más colocación de sondas transhepáticas. Pasa a terapia por riesgo postoperatorio alto y sepsis abdominal, con estancia de 9 días, se egresa por estabilidad metabólica y hemodinámica a piso de cirugía, con progresión hacia la mejoría con adecuada tolerancia a la vía oral, con sonda transhepáticas funcionales y gasto biliar no mayor de 100 cc/24 h. Se decide su egreso. Actualmente en control por la consulta externa y gastos por sondas transhepáticas no mayor a 150 cc/24 h. **Conclusiones:** La sintomatología se establece con la triada clásica en sólo 24%, ictericia, colestasis (70%) y dolor en cuadrante superior derecho (60%). La escisión del quiste con alguna técnica de derivación interna es el tratamiento de elección., más reconstrucción de la vía biliar hepaticoyunooanastomosis. Su complicación más importante es el colangiocarcinoma. El riesgo es 20 a 120 veces mayor que en la población general y aumenta con la edad: 0.7% en menores de 10 años, 7% entre los 10 y 20 años, 14% en mayores de 20 años, y 50% en mayores de 50 años. La edad promedio de los pacientes con colangiocarcinoma es 32 años. Otras complicaciones frecuentes son litiasis en 70% de los pacientes, y pancreatitis en 30 a 70% de los pacientes, especialmente si el quiste es de más de 5 cm o en casos con unión biliopancreática anormal. También pueden presentarse colangitis, absceso hepático, cirrosis biliar secundaria, hipertensión portal, y, en niños y gestantes, ruptura del quiste con peritonitis biliar. La degeneración maligna ocurre en 60% a nivel de la pared del quiste y en 40% a partir de un sitio distinto, el tratamiento de elección es realizar resección del quiste, ya que al resecarlo se está disminuyendo en 60% el riesgo de neoplasia.

260

QUISTE DE COLÉDOCO TIPO 1A, ASOCIADO A ADENOCARCINOMA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Sigfrido Gálvez Ramírez, Franco SJC, Casillas AE, Coronel AP, Hernández VL, Pelayo DEM, Pelayo DRI, Ávalos HVJ, Suárez FD. Servicio de Cirugía General. Hospital UMAE 1 Bajío, IMSS, León, Guanajuato

Introducción: El quiste de colédoco (QC) es una patología poco frecuente que se presenta en 1 de cada 150,000 habitantes. Su mayor frecuencia se presenta en la primera y segunda década de la vida, es una patología de resolución quirúrgica, ya que la intervención temprana evitará las complicaciones secundarias como son: colangitis, pancreatitis recurrentes, cálculos, ruptura del quiste, insuficiencia hepática y cirrosis así como cáncer de las vías biliares (se presenta en el 9 al 28%). La clasificación más utilizada es la de Todani y col, clasificándola en 5 tipos donde la más frecuente es la tipo I. **Reporte del caso:** Femenino de 51 años de edad, antecedente de plastia umbilical e inguinal sin otros antecedentes de importancia. Referida a la consulta de Cirugía General con diagnóstico de quiste de colédoco mediante USG de hígado y vías biliares. A su ingreso se le toman laboratorio donde hb: 14.7

g/dl, leucocitos: 8.01 miles/ml, plaquetas: 306 miles/ml, amilasa: 82 U/l, TGP: 138 U/l, TGO: 85 U/l, BT: 0.50 mg/dl, BD: 0.05 mg/dl. Se realiza CPRE como protocolo de estudio presentando perforación duodenal y sometida a laparotomía con cierre primario, colecistectomía y colocación de sonda «T» (en hospital de segundo nivel). Evolución sin complicaciones. Se le toma colangiografía a través de la sonda «T» clasificando el quiste de colédoco como TIPO la con dimensiones de 43 x 49 mm. Se procede a realizar en nuestro hospital una hepaticoyunoanastomosis en Y de Roux. Su estancia intrahospitalaria fue de 5 días y sin complicaciones. El resultado histopatológico reportó cistoadenocarcinoma. En control por medio de la consulta externa buena evolución con control radiológico y laboratorial. Y se maneja actualmente por medio de la consulta externa de oncología médica. **Conclusiones:** Se sugiere que el protocolo de estudio debe incluir: Placa simple de abdomen, tele de tórax, ultrasonograma, tomografía axial computada y CPRE para su adecuada clasificación. La estrategia quirúrgica a seguir se debe basar en la anatomía de la vía biliar y de la localización del quiste de colédoco de acuerdo a la CPRE. La escisión del quiste es necesario por el riesgo de malignización que se presenta hasta en el 3% de los pacientes con QC.

261

CISTADENOMA BILIAR. REPORTE DE CASO

Luis Leal del Rosal, Barba LO, López MJ, Licón GJ, Baeza GJ, Barraza RU. Servicio de Gastrocirugía, Hospital Christus Muguerza del Parque, Chihuahua, Chih.

Introducción: Los cistadenomas biliares son raros tumores epiteliales hepáticos benignos quísticos multiloculados, derivados del epitelio biliar, localizados principalmente en el lóbulo hepático derecho (84%), conducto biliar común (6%), conductos hepáticos (4%) y vesicular (2%). Se han reportado menos de 200 casos en la literatura norteamericana. Aparecen como lesiones quísticas multiloculadas y raramente uniloculadas, rodeadas por una cápsula fibrosa lisa y gruesa, raramente conectados con el árbol biliar. Cuentan con 10% de riesgo de transformación maligna. Se piensa que su origen es el epitelio biliar por un conducto aberrante, otras teorías apoyan un origen embriológico de células del intestino anterior o de células endocrinas prebilíares. Las características clínicas y el manejo quirúrgico óptimo no se han definido claramente. El síntoma de presentación inicial es la ictericia. Estas lesiones se deben considerar premalignas y requieren de resección. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 40 años, profesora, casada, con antecedente de diabetes mellitus de reciente diagnóstico controlada con hipoglucemiantes orales, hipotiroidismo de 1 año de evolución tratada con levotiroxina, cesárea hace 13 años. Inicia hace aproximadamente 6 semanas, de manera insidiosa con prurito generalizado y aparición de ictericia generalizada, coluria y acolia, náusea y dolor abdominal leve en cuadrante superior derecho; tratada en un inicio con antipruriginosos con leve mejoría. Se le realizan laboratorios y USG encontrando hiperbilirrubinemia directa (9.4 mg/dl) y dilatación de la vía biliar intra y extra- hepática. Se obtiene colangiografía evidenciando dilatación de la vía biliar intrahepática y área hipointensa en conducto hepático común y adelgazamiento en tercios medio y distal de colédoco. A la exploración física se encuentra con tinte icterico de piel y mucosas, abdomen blando con dolor a la palpación en cuadrante superior derecho, no masas ni megalias. Se somete a cirugía en la cual se realizan colecistectomía, resección de tercios medio y distal de hepáticos derecho e izquierdo incluyendo la totalidad de la tumoración, misma que obstruía la luz del hepático derecho, se reseco además colédoco proximal y se realizó derivación gastrobiliar tipo hepaticoyuno anastomosis en Y de Roux. Diagnóstico histopatológico: cistadenoma del conducto hepático derecho. **Conclusiones:** El cistadenoma biliar (CB) es un tumor poco frecuente con pocos casos reportados en la literatura. En el caso reportado la tumoración se presentó en conducto hepático derecho, en donde sólo se presentan aprox. el 4% de los CB, su forma de presentación fue la ictericia, con evidencia imagenológica de obstrucción biliar en cuyo diagnóstico diferencial se incluyó tumor de Klatskin. Se sabe que cuentan con potencial maligno, por lo que la escisión completa de la neoplasia es importante en el tratamiento, lo cual se logró en nuestro caso.

262

CONDUCTA QUIRÚRGICA EN CÁNCER DE VESÍCULA COMO HALLAZGO INCIDENTAL TRANSOPERATORIO

Ismael Quezada Adame, Medina-Villaseñor EA, Rosario CM, Aboites LJJ, Neyra OE, Jiménez BS, Alarcón VMA. Servicio de Cirugía General. Hospital Centro Oncológico Betania, México, D.F.

Introducción: El cáncer de vesícula es el más frecuente en el sistema biliar en todo el mundo y se asocia comúnmente a litiasis biliar. Hasta el 1% de los casos se presenta como hallazgo quirúrgico durante la colecistectomía. El tratamiento de este cáncer es agresivo y debe abarcar resección del lecho vesicular con disección ganglionar lo cual está contraindicado, hoy día, por vía laparoscópica; la recomendación es el envío a centros oncológicos especializados para la reintervención con tratamiento óptimo para aumentar la posibilidad de sobrevida. Revisamos la literatura actual a

propósito de un caso. **Reporte del caso:** Femenino de 74 años de edad. Antecedentes: DM2 y HAS de larga años de evolución en tx. Colelitiasis de 10 años de evolución, con múltiples eventos de cólico vesicular los cuales se controlan con antiespasmódicos y analgésicos. Desde 4 meses previos a su internamiento, dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, postprandial, que aumentó de intensidad. A la EF a su ingreso con Murphy positivo, sin palpar tumoración, no datos de irritación peritoneal. USG hígado y vías biliares con vesícula pared engrosada, múltiples litos, sin dilatación de la vía biliar, hígado sin lesiones. Dx preqx: CCL. Se programa para cirugía laparoscópica, la cual se realizó con técnica de 3 puertos; se encontró vesícula hipérmica, edematosa, en «porcelana», con múltiples adherencias de epilión a fondo y cuerpo las cuales se disecan, se encuentra una lesión neoplásica en cuerpo de la vesícula que infiltra ligamentos gastrocólico por lo que se decidió realizar conversión del abordaje a través de una incisión media supraumbilical. Se encontró vesícula de 12 x 10 x 15 cm, con pared engrosada de 8 mm en porcelana, con adherencias de epilión mayor y menor, a tensión con edema, hiperemia y zonas de necrosis, conteniendo múltiples litos pigmentados facetados de 2-13 mm, material purulento; asimismo una neoplasia en cuerpo vesicular que infiltra todas las capas, con penetra la serosa, con aspecto macroscópico de neoplasia maligna. Se solicitó estudio transoperatorio el cual reportó *Carcinoma*. Se procede a realizar tratamiento quirúrgico con criterio oncológico: Colecistectomía radical incluyendo resección hepática del lecho vesicular y disección ganglionar. Se realizó resección amplia en los sitios de los puertos. La paciente evolucionó con descontrol metabólico, el cual se controló con insulina rápida. Se egresó a las 72 h en buenas condiciones generales. Reporte histopatológico DX: Carcinoma epidermoide bien diferenciado que ratinazante, que infiltra todas las capas de la vesícula. metástasis en ganglio cístico. Colelitiasis de tipo pigmentada asociada. La paciente recibió adyuvancia con quimioterapia 4 ciclos con 5Fu-Platino, con buena tolerancia. Actualmente en seguimiento en el Servicio de Oncología Quirúrgica, sin datos de actividad tumoral local, regional o enfermedad metastásica a 12 meses de seguimiento. **Conclusiones:** El abordaje laparoscópico para el cáncer de vesícula previamente diagnosticado, está contraindicado actualmente. Cuando se trata de un hallazgo transoperatorio durante un procedimiento de mínima invasión, se recomienda completar en lo posible la colecistectomía y enviar al paciente a un centro especializado para un segundo tiempo en el que se debe realizar resección del lecho hepático, disección ganglionar y resección de los sitios de los puertos laparoscópicos. Por otro lado, si ya se concluyó la cirugía y el reporte patológico demuestra cáncer, se debe enviar el caso a un segundo procedimiento oncológico óptimo. No es recomendable la conversión inmediata a menos que se pretenda ofrecer tratamiento radical con criterio oncológico.

263

PSEUDOPÓLIPO QUÍSTICO INFLAMATORIO DE COLÉDOCO: UNA CAUSA RARA DE ICTERICIA

José Ángel Méndez Pérez, Alonso RJ, Arizpe FD, Medina ML, Zamudio GC, Contreras MJ, Meráz LE, Manrique LA, Alonso RO, Márquez TS. Servicio de Cirugía General. Hospital UMAE 25, IMSS, Monterrey, Nuevo León

Introducción: La patología neoplásica benigna del árbol biliar rara vez es encontrada en la práctica clínica. Representa sólo el 0.1% de las intervenciones biliares y el 6% de los tumores de la vía biliar extrahepática. Se presenta un paciente con un pseudopólipo quístico inflamatorio de colédoco. La variedad más común de tumores benignos de la vía biliar es la que origina del epitelio glandular que reviste los conductos, aproximadamente 2/3 de los tumores benignos pertenecen a los pólipos adenomatosos y papilomas. En el año 2000, Beazley y Blumgart reportaron un total de 115 pacientes con pólipos, adenomas o cistadenomas benignos. La mayoría de los tumores se localizaron en el ámpula (47%), colédoco (27%), conducto hepático común (15%), conducto hepático izquierdo o derecho (8%) y conducto cístico (3%). La sintomatología es variable, la ictericia representa el signo más frecuente (40%) generalmente se presenta en forma intermitente. El 30% de los pacientes refieren dolor en hipocondrio derecho, asociado a la ictericia. Los pólipos del colédoco distal y ampolla pueden presentar pancreatitis aguda. Se han reportado casos que debutan con sangrado de tubo digestivo alto. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 57 años con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y colecistectomía abierta hace 16 años. Inicia su padecimiento en febrero de 2007 con un cuadro de dolor en hipocondrio derecho asociado a episodios intermitentes de ictericia, acolia y coluria. Sin medicación previa. Serología para hepatitis B y C negativa. Antígeno carcinoembrionario y antígeno asociado a carbohidrato 19-9 ambos en valores normales. Los estudios iniciales mostraron una bilirrubina total de 5.0 mg/dl, bilirrubina directa de 4.3 mg/dl albúmina 4.8 g/dl, fosfatasa alcalina de 235 u/l, lactatodeshidrogenasa láctica 202 u/l. La ultrasonografía transabdominal demostró una dilatación de colédoco (2.2 cm) con una masa intraductal de 3 x 2 cm que no proyectaba sombra acústica. Se realizó colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) en medio privado (marzo 2007) la cual reportó estenosis de 3-4 mm, en colédoco distal se visualiza imagen radiolúcida de tipo ovoide de 30 x 18 mm que no se movilizaba fácilmente, se realizó en aquella

ocasión esfinterotomía y colocación de endoprótesis biliar con diagnóstico final de coledocolitiasis gigante. La paciente evolucionó tórpida con cuadros repetitivos de colangitis que requirieron de recambios de endoprótesis biliar en cinco ocasiones. La paciente es referida a nuestro servicio donde se realizó nueva CPRE en noviembre 2007 la cual reportó una lesión polipoide que ocupa el 80% de la luz ductal dependiente de colédoco distal. Se realizó retiro y recolocación de endoprótesis y se obtuvo una citología por cepillado la cual fue negativa para malignidad. Se corroboró dilatación y lesión coledociana por resonancia magnética. Se realizó resección completa del pólipio y hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux con hallazgo de lesión polipoide sénil. El estómago, intestino y páncreas se encontraron sin alteraciones. Se resecaron ganglios linfáticos retroduodenales los cuales presentaban hiperplasia folicular linfóide reactiva. La paciente cursó con evolución satisfactoria y fue egresada sin complicaciones al sexto día posquirúrgico. **Conclusiones:** La CPRE constituye la prueba diagnóstica fundamental del pólipio de la vía biliar tal como ocurrió en nuestro paciente, planteándose el diagnóstico diferencial con la litiasis biliar o con patología neoplásica maligna. Debido al potencial maligno y la probabilidad de recurrencia se decidió la extirpación quirúrgica completa. Al igual que otras lesiones de la vía biliar la escisión local esta asociada a una alta tasa de recurrencia. A pesar de la baja incidencia de esta patología, es fundamental para el cirujano general el conocimiento de la presentación y manejo quirúrgico de la misma.

264

ADENOCARCINOMA *IN SITU* DE VESÍCULA BILIAR, ORIGINADO EN PÓLIPO TUBULOVELLOSO

Ricardo Blas Azotla, Cruz RH, Blas MM, Castelán HE, Blas MR. Servicio de Cirugía Oncológica, Hospital Ángeles Mocol, IMSS, México, D.F.

Introducción: Los tumores de la vía biliar tienen mal pronóstico, pero cuando tienen su origen en una lesión benigna previa, este pronóstico mejora. Los tumores de la vesícula y de la vía biliar son, hoy día, diagnosticados con más frecuencia debido a los avances realizados en las técnicas de imagen. Los adenomas tubulovelloso de la vesícula biliar son lesiones benignas infrecuentes con un gran potencial de malignidad. Existe poca información concerniente a la morfología, el pronóstico y el tratamiento de estas lesiones. **Reporte del caso:** Se trató de paciente femenino de 55 años de edad, quien refiere cuadro doloroso abdominal de más de 6 meses de evolución, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado hacia hombro, náusea, distensión abdominal ocasional. A la exploración física: Cardiopulmonar estable. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda a nivel de hipocondrio derecho, murphy positivo, peristalsis audible. Los resultados del USG de hígado y vías biliares con litiasis vesicular. Se programó para colecistectomía laparoscópica, la cual se realizó sin complicaciones. El reporte de patología señaló adenocarcinoma papilar bien diferenciado, *in situ*, originado en pólipo tubulovelloso de 3 cm de diámetro mayor, con colecistitis crónica litiasica concomitante. **Conclusiones:** El objetivo de esta nota clínica es la descripción de un caso clínico en el que se produjo una degeneración maligna sobre lesión benigna previa, así como el seguimiento tras un tratamiento quirúrgico, el cual fue favorable en este caso.

265

BILIPERITONEO SECUNDARIO A RETIRO DE Sonda DE KEHR

Sócrates Salvador Barrera Hernández. Servicio de Cirugía General. Hospital Regional del ISSSTE, ISSSTE, Tampico, Tamaulipas.

Introducción: El biliperitoneo es una entidad clínica rara que es un reto terapéutico para el cirujano. Se ha descrito al biliperitoneo como al derrame masivo de bilis en la cavidad peritoneal, que habitualmente es grave ya que su mortalidad es del orden del 50%. Las causas del mismo son ruptura de conductillos hepáticos y de la vesícula biliar, mala ligadura del cístico, obstrucción de la vía biliar principal después de colecistectomía y desplazamiento del tubo en T. El cuadro clínico es muy variable y no siempre guarda relación con la cantidad de bilis acumulada. En los casos muy graves se produce distensión abdominal progresiva, deshidratación intensa, hundimiento de los ojos, hemoconcentración, taquicardia y torpeza mental. Esta sintomatología se relaciona con la toxicidad de la bilis o de las sales biliares, con pérdida de líquidos y con la infección bacteriana. A continuación describimos un caso clínico de biliperitoneo secundario al retiro de sonda de Kehr. **Reporte del caso:** SE trata de un paciente masculino de 54 años de edad, acude por un cuadro de pancreatitis secundaria a coledocolitiasis, se inicia manejo médico con ayuno, reposición de líquidos y analgésicos, la mejoría clínica es satisfactoria, pero persiste la elevación de fosfatasa alcalina y bilirrubinas a expensas de la directa, por lo que se programa para colecistectomía abierta + exploración de vías biliares. Los hallazgos transoperatorios fueron plicolecisto, dilatación del colédoco, aprox. 12 mm, 2 litos en conducto biliar común. Se realiza colecistectomía, evb, lito extracción y colocación de sonda en t, colangiografía de control adecuada. Posterior a ello se deja la sonda en t abierta por 7 días, cerrada

por 7 días y posterior a nueva colangiografía se retira sonda en t. A las dos horas del retiro de la sonda el paciente regresa al hospital, a la sala de urgencias, en estado de choque, hipotenso, diaforético y con datos claros de abdomen agudo, se inicia manejo médico, y se toma USG abdominal que demostró la presencia de líquido libre en el lecho vesicular correspondiente a una filtración biliar de bajo flujo, por lo que en la sala de urgencias se coloca a través del sitio de la sonda en t, en el trayecto fistuloso una sonda de alimentación de calibre 8 fr en donde se obtiene bilis. Se deja a libre drenaje, y a los 6 días el drenaje es nulo, por lo que se cierra la sonda de alimentación y se retira a las 48 h sin accidentes ni complicaciones. **Conclusiones:** El biliperitoneo secundario al retiro de la sonda de Kehr es una entidad rara, pero ya descrita por diversos autores, que en su mayoría de los casos se decide realizar laparotomía exploradora para drenaje y lavado de la cavidad. En este caso consideramos que el haber colocado una sonda de drenaje al exterior y su vigilancia nos permitió resolver la complicación antes descrita sin necesidad de una nueva laparotomía.

266

FÍSTULA ENTERO CÓLICA SECUNDARIA A STENT BILIAR

Alberto Valdés Castañeda, Espinoza JA, Pérez SS, Arribas MA, Torres Pastrana YS, Argüelles LP, Altamirano BC, Farca SS, Valdés PV. Servicio de Cirugía General. Hospital Ángeles Lomas, México D.F.

Introducción: Los stents biliares constituyen una alternativa para el tratamiento paliativo de una obstrucción benigna o maligna, coledocolitiasis, fístulas, estenosis y/o lesiones quirúrgicas en la vía biliar. Se han descrito complicaciones inusitadas derivadas de la colocación de endoprótesis biliares, incluyendo la migración, erosión, obstrucción y perforación. La migración es más frecuente con stents plásticos comparado con stents metálicos, ocurre en un 10% aproximadamente y la perforación intestinal es rara siendo más frecuente en duodeno. Nuestro objetivo es demostrar una fístula entero-cólica como complicación secundaria la erosión de stents biliares. **Reporte del caso:** Mujer de 32 años de edad con antecedente de colecistectomía abierta y lesión en vía biliar a los 27 años de edad; al sexto día de postoperatorio, presentó abdomen agudo y choque mixto, abundante salida de líquido biliar por drenaje por lo que se realiza una laparotomía con anastomosis hepatoeyunal intrahepática. Dos años después presentó fiebre e ictericia secundarias a estenosis de la anastomosis por lo que se colocaron stents en conductos hepáticos derecho e izquierdo por punción transhepática. Tres años después cursó con diarrea sanguinolenta con moco y se administró tratamiento antibiótico sin remisión, por lo que se realizó radiografía de abdomen sugiriendo migración de stent biliar y se hizo colonoscopia demostrando fístula yeyuno-cólica, la cual se resolvió en un solo tiempo quirúrgico. La paciente fue egresada con resultados satisfactorios. **Conclusiones:** Es evidente que una de las complicaciones del stent biliar es la migración y la posibilidad de erosión con perforación intestinal.

267

HEMOFILIA. REPORTE DE CASO

Adrián Peralta Jerezano, Bevia PF, Angulo FA. Servicio de Cirugía General. Hospital HECMN «La Raza», IMSS, México, D.F.

Introducción: La hemobilia (HB), descrita por primera vez en 1654 por Francis Glisson es una patología poco frecuente en la que el árbol biliar se encuentra comunicado de manera patológica con vasos sanguíneos. En 1777 se hace referencia por 1ra vez a la triada clásica de dolor abdominal en hipocondrio derecho, ictericia y sangrado de tubo digestivo alto. El termino «hemobilia» no fue acuñado hasta 1971 por Sandblom en su trabajo «Hemorragia al tracto biliar tras un traumatismo: hemobilia traumática». La HB puede ocurrir en diversas situaciones: las más comunes son: traumatismo abdominal (40%), trauma quirúrgico (14%), litiasis vesicular complicada (10%), enfermedad vascular, y neoplasias. Normalmente se presenta de 1 a 4 semanas posteriores a un trauma abdominal. La hemorragia puede presentarse como intermitente hasta masiva. Debe sospechase ante el cuadro clínico aunque la triada solamente se presenta en el 32% de los casos. El diagnóstico (dx) definitivo se realiza mediante observación directa del sangrado a través del ampulla de Vater, también son de utilidad la angiografía y tomografía (TAC). El tratamiento suele ser conservador en casos leves a moderados y consiste en ayuno, transfusión en caso necesario y vigilancia o bien por medio de embolización selectiva, considerada el Gold standard. **Reporte del caso:** Femenino de 17 años de edad sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, sufre accidente automovilístico frontal con múltiples contusiones tóraco-abdominales, requiriendo manejo quirúrgico (qx) para su control. Hallazgos qxs: desprendimiento segmentario lóbulo hepático izquierdo, fractura total de páncreas a nivel de cuello. Se realiza pancreatocistomía distal, lobectomía hepática izquierda y esplenectomía. Requiere múltiples intervenciones para lavado y aseo de cavidad así como manejo en cuidados intensivos para su control. A los 24 días del trauma

abdominal se presenta hematemesis en 2 ocasiones en cantidad aproximada de 400 cc, ictericia, dolor abdominal en hipocondrio derecho y distensión. La biometría hemática reporta disminución de hemoglobina de 9.8 a 7.1. Se realiza endoscopia con hallazgo de segunda porción duodenal con sangre que fluye por ampulla de Vater sin otras lesiones. Se solicita angiografía a las 48 horas, que refiere vasculatura hepática sin extravasación. **Conclusiones:** Como dx diferencial es importante descartar *Hemosuccus pancreaticus*, ya que se cuenta con antecedente de lesión pancreática sin embargo se aprecia en la TAC una colección en espacio esplénico, secundario probablemente fístula pancreática, y no fuga a través del conducto de Wirsung. En casos leves a moderados la conducta expectante resulta la mejor opción evitando así un nuevo trauma quirúrgico y respuesta inflamatoria, sin embargo el retraso en el diagnóstico así como en el tratamiento puede llevar a la hemorragia profusa, que ponga en peligro la vida por shock hipovolémico. El abordaje quirúrgico está reservado para aquellos casos de hemorragia extrahepática o en caso de fracaso en embolización. En este caso el enfoque apropiado de estudios de gabinete llevó al diagnóstico oportuno y al manejo indicados, y se corrobora la resolución de cuadro de manera espontánea como lo indica la literatura.

268

PATOLOGÍA DE VESÍCULA Y VÍA BILIAR EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL GENERAL NAUCALPAN, EDO. MEX.

José Cruz Zendejas Hermosillo. Servicio de Cirugía de Aparato Digestivo. Hospital General Naucalpan, ISEM, SSA, México, D.F.

Introducción: La patología de la vesícula y vía biliar se divide, en colesteroles, litiasis vesicular, y de conductos de la vía biliar. La colesteroles es la acumulación de histicitos cargados de esteres de colesterol. En la litiasis vesicular es cuatro veces más frecuentes en mujeres que en hombres, se forman en la vesícula, y se encuentran cálculos en la vía biliar extrahepática, particularmente en colédoco y ampolla de Vater, la mayoría es por migración desde la vesícula. La colecistitis aguda se asocia a un 95% con litiasis, y la alitiásica se asocia con fiebre tifoidea. Tumores de la vía biliar, los más frecuentes son el adenoma, y el carcinoma. **Objetivo:** Revisar la patología de la vesícula y de la vía biliar en el Servicio de Cirugía General de Naucalpan del 1ero de enero de 2006, al 1ero de enero de 2008. **Material y métodos:** Todos los casos ingresados al Servicio de Cirugía General del Hospital General de Naucalpan en el periodo de tiempo del 1ero de enero de 2006 al 1ero de enero de 2008 con patología relacionada a la vesícula y vía biliar. **Resultados:** Se captaron del 1ero de enero de 2006 al 1ero de enero de 2007, un total de 318 pacientes con dx de patología de vesícula y vía biliar, el 75% del sexo femenino y el 25% del sexo masculino. Con una distribución de la patología de la siguiente forma: con diagnóstico de colecistitis litiasica y alitiásica del 48.4% del total de los casos, con el diagnóstico de hidrocolecisto se captaron un 23.58%, con diagnóstico del piocolecisto del 18.86%, coledocolitiasis el 6.28% del total de casos, con diagnóstico de cáncer de vesícula y vía biliar el 1.88%, y aun con diagnóstico de quiste de colédoco el .94%. Presentando diversidad en el manejo diagnóstico y terapéutico, incluyendo patología de tercer nivel, manteniendo actualizado al Servicio de Cirugía General. **Conclusiones:** La diversidad de los diagnósticos encontrados de la patología de la vesícula y de la vía biliar en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Naucalpan, Hospital de Segundo Nivel mantiene en constante práctica, y actualización del personal quirúrgico del servicio de cirugía. Obliga a pensar que no existe hospital pequeño para pisotear o tan grande para perderse.

269

PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA CÍSTICA. REPORTE DE UN CASO

Néstor Álvarez González, García MR, Zaga MI, Luna GM, Kimura YF. Servicio de Cirugía General. Hospital Santa Mónica, IMSS, México, D.F.

Introducción: El pseudoaneurisma de la arteria cística es una patología rara y muy poco reportada en la literatura mundial, debe sospecharse como diagnóstico ante un paciente con uno o varios síntomas como sangrado de tubo digestivo, ictericia y dolor en HCD (triada de Quincke para hemobilia). **Reporte del caso:** Paciente masculino de 51 años el cual acude por síntomas digestivos, caracterizados por múltiples episodios de hematemesis, melena y fiebre de 8 días de evolución. Tiene como antecedentes de importancia HTA de 20 años de evolución, y el haber sido intervenido 3 meses antes de su ingreso de un aneurisma no roto de aorta torácica. Durante su internamiento inmediato se agregó 3 episodios de rectorragia. La panendoscopia reportó hernia hiatal tipo I de 3 cm, no sangrado activo y mínima salida de sangre a nivel de la papila. La colonoscopia no evidenció datos relevantes; el estudio de angio-TAC demostró un pseudoaneurisma de la arteria cística, mismo que se manejó con arteriografía de la arteria hepática y embolización supraseductiva de la arteria cística. Posteriormente se realizó colecis-

tectomía laparoscópica, misma que se convirtió a colecistectomía abierta por proceso adherencial y plastrón vesicular. **Conclusiones:** El diagnóstico temprano de un pseudoaneurisma de la arteria cística, puede convertirse en un verdadero reto para el cirujano; ya que los signos y síntomas, pueden pasar inadvertidos en aquellos casos de un cuadro simple de colecistitis, o en casos de tener un sangrado gastrointestinal inespecífico. La temprana detección con arteriografía y/o TAC, facilitan el pronto diagnóstico y probable tratamiento consistente en embolización selectiva o cirugía.

270

DIVERTÍCULO DUODENAL Y PATOLOGÍA BILIAR. REPORTE DE CASOS

Jesús Castro Pantoja, Rojano ME, Ruiz JA, Ochoa ARA, Jaime OS. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades «Dr. Belisario Domínguez», GDF, SSA, México, D.F.

Introducción: La formación diverticular del tubo digestivo es una enfermedad frecuente, el duodeno representa el segundo sitio más común de desarrollo de divertículos, después del colon. No obstante por su alta incidencia en la población adulta, un grupo muy limitado de pacientes, presentan esta sintomatología; lo que constituye un verdadero reto diagnóstico y terapéutico, para las ciencias clínicas y quirúrgicas actuales por su presentación inespecífica y controvertido rol patogénico. Frecuentemente están asociados a otros procesos del tracto gastrointestinal, la relación con la litiasis vesicular y primaria de la vía biliar se sustenta en que, la presencia del DD facilita la colonización bacteriana y de forma ascendente la vía biliar, determina un incremento de la disponibilidad de la bilirrubina libre y bilirrubinato de calcio para la formación de cálculos. En este estudio se reportan tres diferentes formas de presentación clínica de la asociación divertículo duodenal – patología biliar. **Reporte del caso:** 1. Paciente del sexo femenino de 76 años, antecedente de colecistectomía laparoscópica (2000) secundario a colecistitis litiasica. Ingresó al servicio de urgencias por dolor cólico, hipocondrio derecho, acompañado de ictericia de mucosas y tegumentos sin causa aparente. A la EF ictericia, dolor abdominal localizado a hipocondrio derecho, no irritación peritoneal. Laboratorios demostraron BT 12.43, BD 9.25, USG litiasis en colédoco, porción supraduodenal. CPRE inicial fallida. Programa exploración de vía biliar abierta encontrándose colédoco de 2 cm con litos facetados conglomerados de 1 y 0.5 cm, extracción de los litos y colocación sonda T sin complicaciones. A los 21 días se realiza colangiografía transonda que muestra imagen sugestiva de litiasis residual; programándose nueva CPRE la cual reporta colédoco libre en su luz, fístula colédoco – duodenal y divertículo duodenal; esfinterotomía y retiro de sonda. 2. Paciente del sexo masculino de 22 años de edad. Ingresó al servicio de urgencias por cuadro de 1 mes de evolución, caracterizado por dolor cólico, hipocondrio derecho, acompañado de ictericia de mucosas y tegumentos e hipertermia. A la EF ictericia, dolor abdominal localizado a hipocondrio derecho, no irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio demostraron BT 8.25, BD 4.25 BI 4 GGT 300, panel hepatitis negativo USG HIGADO ecogenicidad parénquima aumentada, heterogénea, patrón nodular, dilatación vía biliar intrahepática, dilatación de colédoco, vesícula biliar pequeña sin litos, pared delgada. Se realiza CPRE la cual reporta colédoco libre en su luz, y divertículo duodenal; se realiza esfinterotomía, colecistectomía laparoscópica complementaria. 3. Paciente del sexo femenino de 17 años de edad, con cuadro de 6 meses de evolución, caracterizado por dolor cólico, hipocondrio derecho, náusea y vómito gastrobiliar USG con litiasis vesicular. Se programa para colecistectomía encontrándose vesícula con litos, vía biliar normal. Cuatro meses acude al servicio de urgencias con dolor opresivo epigástrico-hipocondrio derecho, vómito gastrobiliar e ictericia de mucosas y tegumentos sin causa aparente. A la EF ictericia de mucosas y tegumentos, dolor abdominal en epigástrico, hipocondrio derecho, no irritación peritoneal. Laboratorios demostraron BT 8, BD 6.03, DHL 300 USG litiasis en colédoco, porción supraduodenal. Se realiza CPRE la cual reporta colédoco libre en su luz, divertículo duodenal; se cánula conducto pancreático accidentalmente cursando con pancreatitis postCPRE manejo conservador con mejoría y egreso a domicilio. **Conclusiones:** Los divertículos duodenales constituyen enfermedades infrecuentemente tratadas por los servicios quirúrgicos, para su diagnóstico se hace necesario excluir otras enfermedades del hemiabdomen superior con una presentación estadística más frecuente, el tratamiento debe ser debidamente individualizado de acuerdo con las características particulares de cada paciente; la opción quirúrgica es la mejor alternativa para su solución.

271

COLANGITIS RECIDIVANTE Y PANCREATITIS SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DUODENAL Y AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR

Hugo Cruz Mancera, Cruz MH, Castro MH, Galicia GT, Palacio VF, Rupit SM, Aguilar QR, Vázquez RM. Servicio de Cirugía. Hospital «Gral. Ignacio Zaragoza», ISSSTE, México, D.F.

Introducción: Colangitis recidivante es una patología que por las complicaciones que puede presentar debe ser bien estudiada la etiología ya que debe ser resuelta la causa, con los avances tecnológicos que se tienen como son la CPRE, USG, TAC y colangiorresonancia magnética siendo adecuadamente utilizados nos definen la anatomía de la vía biliar y en este caso en particular concluir el diagnóstico que llevaba a presentar cuadros de colangitis que no eran por coledocolitiasis ni neoplasia, siendo el divertículo duodenal que se presenta con una baja frecuencia en este segmento intestinal, ocasionando un difícil diagnóstico de la causa de colangitis en este paciente. **Reporte del caso:** Masculino de 81 años de edad con antecedente EPOC, postoperado de funduplicatura tipo Nissen laparoscópica convertida a técnica abierta y colecistectomía no contemplada en este tiempo quirúrgico sin encontrarla en el 2004 con diagnóstico de pb. vesícula biliar escleroatrófica, plastia inguinal izquierda laparoscópica en 2006 con reintervención de la misma en el 2007, cuadros de colangitis en hospitalizaciones anteriores de origen no determinado. Inicia su padecimiento 1 día previo a su ingreso al servicio de urgencias el día 03-05-08 con dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho al principio tipo cólico y en el transcurso de 24 h de tipo transfixivo de epigastrio a espalda, acompañado de náusea sin llegar al vómito, fiebre no cuantificada desde el inicio con ictericia ++, por lo que es llevado al servicio de urgencias, sin encontrar a su ingreso datos de irritación peritoneal, Murphy negativo y en estudios de laboratorio leucocitosis de 16,000 con elevación de transaminasas, hiperbilirrubinemia a expensas de la directa con patrón obstructivo, hiperamilasemia 600, con 3 criterios de Ranson con diagnósticos de ingreso de pb coledocolitiasis y pancreatitis de origen a determinar, iniciando manejo médico a su ingreso y realizando USG hepatobiliar, TAC de abdomen, CPRE y colangiorresonancia magnética. El paciente evoluciona hacia la mejoría, con normalidad de la bilirrubinas posterior a esfinterotomía por CPRE, así como el manejo médico conservador para pancreatitis y colangitis, remite el dolor, durante el protocolo se detecta la presencia de divertículo duodenal de 4 cm en CPRE realizada donde se reporta inserción baja del c. cístico el cual produce efecto de válvula en el ámpula de Vater y de masa sobre la vía biliar y ausencia de la vesícula biliar en USG y TAC, posteriormente en colangio RM confirmando la presencia de divertículo duodenal del tercio distal del duodeno, se observa deformación de la vía biliar, dilatación del colédoco y un cístico de 1-2 cm con inserción baja que se encuentra del lado izquierdo del mismo sin imagen de la vesícula biliar. **Conclusiones:** La presencia de divertículos duodenales gigantes es una entidad poco frecuente y menos frecuente del tamaño reportado (4 cm), siendo en este caso la causa de colangitis recidivante y pancreatitis en paciente senil, en el cual se encuentra agenesia vesicular, reportada en CPRE, USG, y TAC de abdomen así como la adecuada y eficaz aplicación de la colangio RM para diagnosticar la causa de la colangitis recidivante que presenta el paciente, que otras circunstancias hubiese sido resuelta por un tiempo quirúrgico, en el cual hubiera sido improvisado y de urgencias la solución quirúrgica para tratamiento definitivo en este tipo de pacientes y en el peor de los casos haber sido egresado y seguir presentando cuadros más severos de colangitis y pancreatitis por la obstrucción extrínseca de la vía biliar, esto permite planear específicamente la técnica quirúrgica de manera electiva a realizar, con una mejor preparación para una cirugía electiva y mejor pronóstico para el paciente, menor riesgo de morbilidad y mortalidad.

COLANGITIS COMO CAUSA DE RUPTURA ESPONTÁNEA DEL CONDUCTO HEPÁTICO IZQUIERDO, HALLAZGO DE PERITONITIS BILIAR
Maribel Cruz Zamora, Vázquez BIJ, Medina GP, Mondragón SRJ. Servicio de Cirugía. Hospital Centro Médico ISSEMYM, Toluca, Edo. México

Introducción: La perforación espontánea de la vía biliar es poco frecuente, menos del 3%. El sitio más frecuente es la vesícula biliar, seguido del colédoco y muy poco frecuente la vía biliar intrahepática. La perforación de la vía biliar intrahepática se relaciona más frecuentemente a traumatismos hepáticos y a perforación de quistes hepáticos. **Reporte del caso:** Femenino de 78 años de edad la cual ingresa al Servicio de Urgencias con diagnóstico de hepatitis. Niega antecedentes crónico-degenerativos, quirúrgicos y alérgicos. Inicia padecimiento actual con dolor abdominal localizado a epi y mesogastrio, ictericia progresiva, acolia, coluria y fiebre no cuantificada, así como evacuaciones diarreicas en número de 4 en 24 horas. A su ingreso la paciente con ictericia de piel y tegumentos, taquicardia de 112 x min. deshidratación moderada, cardiopulmonar sin compromiso hemodinámico aparente, el abdomen con distensión abdominal, dolor localizado a epigastrio e hipocondrio derecho, Murphy positivo, peristalsis ausente, sin datos de irritación peritoneal. Laboratorios con leucocitos 14,300, bilirrubina total 16 mg/dl, bilirrubina directa 13 mg/dl, bilirrubina indirecta 3 mg/dl, fosfatasa alcalina 253 mg/dl. El ultrasonido de hígado y vías biliares reporta colédoco de 12.6 mm, pared vesicular de 4.1 mm con dimensiones de 115 x 86 x 53 mm, líquido perivesicular y espacio de Morrison. TAC de abdomen con evidencia de vesícula biliar aumentada de tamaño, edema de pared vesicular, dilatación de la vía biliar intrahepática, colédoco de 1.5 cm con evidencia de lito en porción distal y colección líquida en espacio subfrénico izquierdo, ambas correderas parietocólicas y hueco pélvico. Colangiorresonancia con dilatación de la vía biliar intrahepática y colédoco de 15 mm con defecto de llenado en porción distal. Paciente adulto mayor que se encuentra cursando con cuadro de piocolicisto y colangitis con apache de 11 puntos y 2% de mortalidad que requirió manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos y se inicia manejo con Meropenem. Se intentó realizar CPRE (Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) la cual fue fallida por lateralización de papila duodenal, con evidencia de salida de pus a través de la misma. Se realiza LAPE (Laparotomía exploradora) encontrándose peritonitis biliar con 1,000cc de material bilio-purulento, colección y plastrón subdiafragmática izquierda, vesícula a tensión de 20 cm con 160 cc de líquido biliopurulento, sin evidencia de fuga. Colédoco de 2 cm, de diámetro, a la coledocotomía con salida de material bilio-purulento y microlitiasis, se realiza exploración con pinza Randall y Fogarty y extracción de lito de 1.5 cm, se coloca sonda en T, se realiza colangiografía por sonda en T transquirúrgico con evidencia de dilatación importante de la vía biliar intrahepática y colédoco, adecuado paso del medio de contraste hasta duodeno y evidencia de fuga de material de contraste a través del conducto hepático izquierdo el cual se colecta en espacio subfrénico izquierdo. Se revisa lóbulo hepático izquierdo con plastrón de epiplón y evidencia de colección bilio-pancreática. Se realiza lavado de cavidad y colocación de drenajes cerrados. La paciente evolucionando adecuadamente, dándose de alta a su domicilio con presencia de sonda en T con gasto de 150 cc en 24 horas. **Conclusiones:** La dilatación ductal distal por coledocolitiasis, el reflujo hacia la vía biliar intrahepática y el proceso infeccioso jugaron un papel importante en la perforación espontánea del conducto hepático izquierdo sin evidencia por TAC en el prequirúrgico de absceso hepático roto. Se sabe que las lesiones de la vía biliar intra y extrahepática se resuelven espontáneamente con un adecuado drenaje de la vía biliar distal.