

TRABAJOS EN PRESENTACIÓN CARTEL

JUEVES 30 Y VIERNES 31

MÓDULO: APÉNDICE

1

EFFECTIVIDAD DEL AGUA SUPEROXIDADA VERSUS MANEJO CONVENCIONAL EN LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES POR APENDICITIS AGUDA PERFORADA

Reyes Javier Cervantes Ortiz, Valerio UJ, Saucedo AA. Servicio de Cirugía General, Hospital Regional de Veracruz, SSA Veracruz, Ver.

Introducción: Hoy día el cirujano continúa enfrentándose a esta patología de forma importante, en nuestro país debido al nivel cultural de la población, gran porcentaje de enfermos acuden en estado avanzado o complicado de esta enfermedad, presentando un reto el tratar de prevenir las complicaciones principalmente las infecciosas. **Objetivo:** Comparar efectividad del agua superoxidata versus tratamiento convencional en prevención de complicaciones postoperatorias de pacientes con apendicitis aguda perforada. **Material y métodos:** Se realizaron 48 apendicectomías convencionales, del 01/02/06-31/08/06, aplicándose intraabdominalmente, en forma ciega, 10 ml de solución fisiológica o superoxidata y 5 ml en la herida, con seguimiento de un mes por CE, valorándose complicaciones y estancia hospitalaria. **Resultados:** Intraabdominalmente se aplicó agua superoxidata en 25 pacientes: 17H (68%), 8M (32%), edad 2-74 años, media 30.1, DE \pm 16.4, hospitalización 4.56 días presentándose dos fistulas enterocutáneas; 23 pacientes se usó solución fisiológica: 17H (74%), 6M (26%), edad 3-62 años, media 29.6, DE \pm 17 y hospitalización 4.78 días. En herida quirúrgica se aplicaron las mismas soluciones, agua superoxidata 24 pacientes: 17H (71%), 7M (29%), edad 2-62 años, media 29.2, DE \pm 16, hospitalización 4.4 días; 24 con solución fisiológica: 17H (71%), 7M (29%), edad 7-74 años, media 30.4, DE \pm 17.3, hospitalización 4.9 días presentándose 3 abscesos de pared.

Conclusiones: Se presentaron 2 fistulas enterocutáneas, donde se utilizó agua superoxidata y 3 abscesos de pared con solución fisiológica lo que no sucedió con los de agua superoxidata; El agua superoxidata es útil en prevenir complicaciones infecciosas, la hospitalización es similar, se necesita mayor muestra para extrapolar los resultados a la población en general.

2

APENDICITIS AGUDA COMO CAUSA DEL DOLOR ABDOMINAL EN HERIDA POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO NO PENETRANTE DE ABDOMEN. REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL GENERAL DE CANCÚN JESÚS KUMATE RODRÍGUEZ

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

Introducción: La creciente ola de violencia que impera en nuestro país, las lesiones por arma de fuego, son la causa frecuente de atención en los servicios de urgencias. **Objetivo:** Presentar un caso raro en que la indicación de laparotomía fue el dolor abdominal por la herida por proyectil de arma de fuego y en realidad la causa del dolor abdominal fue la apendicitis aguda.

Material y métodos: Masculino de 21 años que sufrió herida por proyectil de arma de fuego en hipocondrio izquierdo, llegó al servicio de urgencias, hemodinámicamente estable con rx mostrando niveles hidroaéreos en fosa iliaca derecha psoas borrado, y asa fija en fosa iliaca izquierda, leucocitosis con neutrofilia. Se realizó laparotomía con el hallazgo de hematoma preperitoneal y apendicitis aguda edematosas. Se realizó apendicectomía. Se egresó al tercer día sin complicaciones. **Resultados:** El paciente evolucionó satisfactoriamente egresando a su domicilio y con consultas subsecuentes sin complicaciones detectadas. **Conclusiones:** El protocolo de manejo de los pacientes con herida por proyectil de arma de fuego en abdomen hemodinámicamente estables con dolor abdominal es la laparotomía exploradora, sin embargo, este caso raro no debe cambiar esta conducta.

3

ABSCESO APENDICULAR DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN. EXPERIENCIA DE UN CASO

Alfredo Delgado Cuenca, Torres GG, García Garma MA, Rodríguez PL. Servicio de Cirugía General, Hospital Ángeles Mocel, México, D.F.

Introducción: La apendicitis aguda es la primera causa de abdomen agudo, la prevalencia en países occidentales es del 7% de la población. Habitualmente, con una correcta anamnesis y con la exploración física es suficiente para el diagnóstico y el establecimiento de la indicación quirúrgica. El absceso peritoneal se desarrolla hasta en el 10% de los pacientes con apendicitis. La presentación clásica es la de un paciente que experimenta dolor severo en cuadrante inferior derecho por 1 o 2 días asociado con fiebre, posteriormente

estos se resuelven. Después de 7 a 10 días, la fiebre se repite y notan un malestar suave a moderado en el cuadrante inferior derecho. Las imágenes por ultrasonido o por tomografía confirmarán el diagnóstico en la mayoría de los casos. Si el episodio se ha resuelto cuando la paciente busca atención médica, entonces es seguro aconsejar una apendicectomía diferida para prevenir la recidiva de la misma, de 6 a 8 semanas posteriores. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 67 años de edad sin antecedente de importancia, la cual inicia desde hace 3 meses con dolor abdominal tipo cólico a nivel de mesogastrio e hipogastrio de intensidad 4/10, el cual se le controlaba con butilioscina y metamizol, el día de su ingreso refiere que el dolor aumentó de intensidad 9/10, el cual se irradiaba hacia región lumbar izquierda, acompañado de náusea, distensión abdominal y malestar general. A la exploración física paciente consciente, tranquila, orientada, con palidez de tegumentos +. Abdomen blando, depresible, con presencia de aumento de volumen a nivel de fosa iliaca derecha, doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis disminuida en intensidad. Se le toman laboratorios los cuales muestran Hb 14.7 g/dL, Hto 42.6%, Leucocitos 15 700 Bandas 0%. Se le solicita una tomografía de abdomen la cual reporta imagen hipodensa ovalada mal delimitada con pared gruesa que refuerza al medio de contraste, de situación paracolónica a nivel de sigma y conglomerado de asas de intestino delgado a este nivel. Con base a los hallazgos clínicos y de gabinete se programa para laparotomía exploradora por un probable tumor abdominal. En dicho procedimiento se encuentra apéndice cecal complicada, perforada en la punta y con absceso apendicular localizado, de aproximadamente 80 cc de material purulento, delimitado por sigma, ciego, íleon y mesenterio. Por lo que se realiza apendicectomía con manejo del muñón con técnica de Zuckerman + lavado de cavidad. Paciente que es manejada con doble esquema de antibiótico por 10 días, evoluciona favorablemente y se da de alta. **Conclusiones:** El retraso en el diagnóstico inicial condiciona el desarrollo de complicaciones evolutivas espontáneas. Puede aparecer infección peritoneal localizada (absceso apendicular, plastrón peritoneal, peritonitis circunscrita) o difusa, así como otras complicaciones derivadas, como cuadros de ileo paralítico o mecánico, pileflebitis y sepsis de origen abdominal. La tomografía ayuda a descartar razonablemente la apendicitis aguda, y en el caso de que existan complicaciones regionales, como el plastrón o el absceso intraabdominal, puede permitir estrategias terapéuticas razonadas, como la abstención quirúrgica y la antibioterapia. En pacientes con apendicitis perforada con masa peritoneal, como es el caso de nuestra paciente, el manejo no quirúrgico ha sido bien establecido como seguro y efectivo. Generalmente, se acepta que a partir del tercer o cuarto día evolutivo, el intento de disección de un plastrón peritoneal conlleva a un elevado riesgo de complicaciones locales, que recomienda retrasar la indicación quirúrgica, aproximadamente dos a tres meses posteriores tras el brote inflamatorio inicial, siempre y cuando el cuadro séptico y la repercusión sistémica se controlen.

4

ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A DIVERTÍCULO DE MECKEL Y APENDICITIS COMPLICADOS

Jesús Castro Pantoja, Rojano ME, Ruiz JA, Ochoa ARA. Servicio de Cirugía, Hospital Especialidades Dr. Belisario Domínguez GDF, México, D.F.

Introducción: El divertículo de Meckel es una saculación intestinal congénita que resulta de una incompleta obliteración del conducto vitelino durante las primeras semanas de estación. Es la más frecuente anomalía del tracto gastrointestinal, con una incidencia de 0.3-3.0% en reportes de autopsia. En la mayoría de los casos esta condición permanece asintomática durante toda la vida, sin embargo en una minoría de casos puede tener varias formas de presentación, incluyendo perforación, hemorragia, diverticulitis, o obstrucción debida a estenosis o invaginación. El divertículo de Meckel puede ocasionalmente contener tejido pancreático o gástrico ectópico, pudiendo causar ulceración de la mucosa ileal adyacente. La ulceración de la mucosa adyacente a la mucosa gástrica ectópica puede causar sangrado, inflamación o perforación del divertículo. La apendicitis aguda, es la patología quirúrgica más frecuente del abdomen, ocurre a cualquier edad, el rango mayor es entre los 15 y 30 años; afecta igualmente ambos sexos. Por cuanto hace a su etiología, la obstrucción de la luz, es el factor determinante en la producción de apendicitis. Desde que inician los síntomas hasta que se perfora, pueden pasar varias horas, y por lo general, la perforación no ocurre antes de 24 horas. Si la secuencia de acontecimientos no progrésa pronto, pueden formarse adherencias inflamatorias entre las asas del intestino, peritoneo y epíplón, en este caso, la perforación origina peritonitis localizada o absceso peritoneal. En cambio, la progresión rápida, antes de que el proceso se localice, ocasionalmente derrame en la cavidad peritoneal y peritonitis difusa. En este caso se reporta la asociación entre apendicitis y divertículo de Meckel en un paciente con cuadro de abdomen agudo. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 18 años ingresa al servicio urgencias por cuadro de dos días de evolución caracterizado por dolor opresivo en epigastrio posterior irradiación a todo el abdo-

men, intenso, constante, progresivo, evacuaciones disminuidas en consistencia aumentadas en frecuencia, a la exploración física datos abdomen agudo franco. Hg 15 Leucocitos 12 500 Neutrofilos 86.8% RX abdomen niveles hidroáreos, escoliosis algia, borramiento psoas derecho. Se hace diagnóstico de abdomen agudo con diagnóstico preoperatorio de probable apendicitis complicada y se programa laparotomía exploradora de urgencias encontrándose apéndice perforada con lito libre en cavidad, ciego friable, divertículo intestinal a 25 cm de VIC hiperémico congestivo, placas fibrina, de 4 cm, divertículo intestinal a 35 cm de VIC con neoformación vascular e induración de mesenterio. Se realiza resección intestinal de 20 cm con entero anastomosis termino termina y apendicectomía Parcker Kerr se maneja ayuno por 5 días, antibioticotterapia, y drenaje centinela a hueso pérvico. Evolución satisfactoria egreso a domicilio. **Conclusiones:** Existe aún controversia entre la resección o no de un divertículo de Meckel hallado de manera incidental durante una laparotomía. La Clínica Mayo recomienda la resección en pacientes menores de 50 años, (2) sexo masculino; (3) divertículo mayor de 2 cm; y (4) tejido ectópico u anormal cuando un divertículo se asocia con un divertículo sintomático. Conclusión .El tratamiento siempre es quirúrgico, las indicaciones para la escisión son las complicaciones que se acaban de mencionar o la presencia del divertículo, hallado en forma incidental durante una laparotomía realizada por otros motivos. En este último caso la resección fue indicada debido a que existían más de dos de los criterios antes mencionados, a pesar de existir un proceso infeccioso agregado.

5

ESCALA DE ALVARADO PARA DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA

Carlos Eduardo Samaniego Chávez, Hernández VL, Vences AM, Suárez FD, Coronel PA, Martínez JF, Enríquez MJ, Cruz RC, Aguilar NN. Servicio de Cirugía General, Hospital UMAE León, IMMS, Salamanca, Gto.

Introducción: El diagnóstico precoz de apendicitis aguda es una preocupación constante para los cirujanos, permite reducir las complicaciones realizando una cirugía temprana. Los instrumentos que permitan mayor seguridad en el diagnóstico revisten una gran importancia. La escala de Alvarado puede ser instituida en forma sencilla, evaluando en forma organizada y sistematizada al paciente con sospecha de apendicitis. **Objetivo:** Determinar el rendimiento diagnóstico de la escala de Alvarado en el diagnóstico de la apendicitis aguda tomando como estándar de oro el resultado histopatológico del apéndice resecado. **Material y métodos:** Se realizó un cuestionario a todos los pacientes que acudieron al servicio de urgencias con dolor en fossa ilíaca derecha y diagnóstico sugestivo de apendicitis, que incluyó la escala de Alvarado, datos generales, los hallazgos quirúrgicos y resultado de histopatología. El cuestionario se aplicó por el residente de cirugía general que estuvo asignado al servicio de urgencias, sin tener intervención en la toma de decisión quirúrgica. El cirujano en turno decidió, sin saber el resultado del cuestionario y por tanto sin conocer el resultado del puntaje de Alvarado, si el paciente era candidato a procedimiento quirúrgico, de acuerdo a su criterio clínico, como habitualmente se realiza y decidió la técnica para dicho procedimiento. Todas las piezas apendiculares obtenidas en los procedimientos quirúrgicos se enviaron a patología. En caso de que en el procedimiento quirúrgico se encontrara alguna otra patología que no correlacionara con datos de apendicitis y se realizará apendicectomía profiláctica, la pieza también fue enviada a patología. Posterior al procedimiento quirúrgico se cotejaron los resultados de los reportes histopatológicos con el puntaje de Alvarado obtenido por cada paciente intervenido para valorar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de la escala de Alvarado. **Resultados:** Se estudiaron 50 pacientes con una media de 32.4 años, 26 mujeres y 24 hombres. Se encontró un 24% de apendicectomías blancas. La sensibilidad global fue de 68.4%, con una especificidad 58%, un valor predictivo positivo de 83% y un valor predictivo negativo de 63%. El género femenino mostró una sensibilidad de 43.7% con una especificidad de 60% y para el género masculino se calculó una sensibilidad de 81.8% con una especificidad de 50%. **Conclusiones:** La Escala de Alvarado permite realizar el diagnóstico de apendicitis aguda con un margen de error similar a los estándares internacionales, convirtiéndolo en una herramienta efectiva, simple, económica, no invasiva, de elevada sensibilidad y un alto valor predictivo positivo, sobre todo en el género masculino.

6

APENDICITIS AGUDA EN LACTANTE. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Yaneth Angélica Barrera Hernández. Servicio de Cirugía General, Hospital HGVM SSA, Zumpango Estado de Méx.

Introducción: La apendicitis sigue siendo un reto diagnóstico en los niños, especialmente los menores de 5 años de edad. A pesar de que las tasas de mortalidad y morbilidad asociada con la apendicitis aguda han disminuido considerablemente en las últimas 2 décadas, no ha habido una disminución concomitante en la tasa de retraso en el diagnóstico (perforación en la cirugía, 18%) o diagnóstico erróneo (apéndice normal en la cirugía, 10 -30%). La apendicitis aguda

es una condición común quirúrgica que se presenta con dolor abdominal agudo en la sala de urgencias pediátricas. El diagnóstico continúa siendo un reto para el médico de urgencias porque la historia y los signos clínicos son muy variables y, a menudo, inespecíficos. La incidencia de apendicitis complicada (es decir, gangrena, perforación, absceso) en los niños sigue siendo alta entre el 30 y el 60%. La juventud y la demora en el tratamiento son los factores que se correlacionan con las tasas de perforación. El reto en la apendicitis aguda en los niños es a principios de diagnóstico preciso y rápido para reducir el retraso en las complicaciones de la cirugía. En presencia de los clásicos signos de apendicitis y el apoyo de estudios de laboratorio, el diagnóstico es claro y nuevos estudios no son necesarios. Sin embargo, para muchos pacientes que presentan un cuadro clásico de apendicitis, el cirujano debe decidir si requiere de manejo conservador o bien operar al paciente y con este fin disminuir la morbilidad del mismo. **Reporte del caso:** En el siguiente trabajo se describe por su infrecuencia el caso de una lactante con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico secundario a apendicitis. Se trata de masculino de 1 año de edad sin antecedentes de importancia, quien fue llevado por la madre a HGVM por 2 días de evolución con presencia de vómito en 5 ocasiones de contenido gástrico-alimenticio, acompañado de evacuaciones disminuidas de consistencia de color amarillo, sin moco ni sangre, hiporexia, y hace 1 día con ausencia de evacuaciones, agregándose además fiebre de hasta 39 °C, acudiendo con MF quien prescribe TMP/SMZ, paracetamol y bonadoxina sin mejoría. Valorado Cirugía General encontrándose: FC 168x', FR 48x', Temp. 38 °C, activo, reactiva, irritable, llanto sin lágrimas, mucosa oral mal hidratada. Cardiopulmonar sin compromiso. El abdomen globoso a expensas de distensión, doloroso, timpánico, con hiperestesia e hiperbaralgia, Von Blumberg positivo. TR ampolla vacía. Laboratorios: Hb 13, Hto 37%, Leucocitosis 29,600 a expensas de neutrofilia 82%, 3% bandas, Plaq. 699,000, Gluc. 82, Creat. 0.7, Na 138, K 4.7, Cl 109. Rx. Simple Abdomen: Se observa presencia de apendicolito en FID, con nivel hidroáreo en FID. ECO Abdominal: Imagen de «Tiro al Blanco», plastrón en FID. Se Dx. Apendicitis Aguda Modificada por Medicamentos. Se decide su Igx. Encontrándose: Apendicitis Aguda Fase III, con evolución tórpida, presentando absceso residual, por lo que se reinterviene nuevamente. **Conclusiones:** De aquí podemos concluir la apendicitis en niños menores de 2 años de edad es una entidad muy infrecuente, de difícil diagnóstico y que puede llegar a producir gran morbilidad.

7

APENDICITIS AGUDA Y TROMBOCITOPENIA GESTACIONAL. REPORTE DE UN CASO.

Ramírez Barrantes Marsella. Servicio de Cirugía General, HGZ 4 CELAYA IMSS, Celaya, Guanajuato

Introducción: La apendicitis aguda es la complicación quirúrgica aguda más frecuente en el embarazo, ocurre 1: 1,500 a 1: 2,000 embarazos y se complica por la renuencia de intervenir embarazadas, ocurre en todos los trimestres e igual en primigrávidas que multigestas. Las Trombocitopenias gestacionales o «incidentales» constituyen la mayoría de las Trombocitopenias descubiertas durante el embarazo una vez descartada la preeclampsia. La trombocitopenia gestacional (TG) es la disminución comprobada en la cuenta plaquetaria en muestras de sangre periférica (< 150,000 a 70,000 uL), se reporta que es una condición generalmente benigna, se diagnostica en mujeres que no tienen antecedente de trombocitopenia, se presenta generalmente en el tercer trimestre del embarazo y no se acompaña de actividad clínica de hemorragia, ni afecta secundariamente al producto de la gestación. Pueden aparecer hasta en un 10% de las embarazadas. Se manifiestan como una Trombocitopenia leve y acontecen en mujeres sanas, sin Trombocitopenia conocida anteriormente y en las que se descartan otras causas de Trombocitopenia, incluida la Púrpura trombocitopénica idiopática. La etiología de la trombocitopenia no se ha definido aún, aunque se menciona el aumento en la destrucción de las plaquetas o la disminución de la producción de las mismas. **Reporte del caso:** Reporte de un caso. Paciente de 29 años de edad, G3 P2, con embarazo de 22 SDG, hasta la fecha normoevolutivo, en tx. con polivitaminicos y hierro a dosis usuales en el embarazo, con padecimiento de 18 h. de evolución dolor periumbilical tipo cólico y posteriormente a flanco derecho tipo pungitivo, acompañándose de náusea sin llegar a vómito, sin sintomatología urinaria ni fiebre, tratada con paracetamol sin éxito; a la exploración física se encuentra paciente taquicárdica, bien hidratada, adecuada coloración, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero gestante a nivel de la cicatriz umbilical, dolor intenso en flanco derecho, rebote positivo y peristalsis disminuida, psoas y obturador positivos. Se realizan laboratoriales que reportan Leucocitos de 13,000, Hb de 12.5, Neutros 83% bandas 2, Plaquetas 74,000, TP 12.5' 85% y TPT 36"; USG describe distensión de asas y plastrón incipiente en fossa ilíaca derecha. Se solicitó envío a 3er nivel por recuento plaquetario, describiendo que no había plaquetas disponibles por lo que explicándose riesgos y complicaciones se le expuso la posibilidad de intervenirla antes de que avanzara proceso, aceptándolo, se realiza incisión suprainfraumbilical de aprox. 8 cm, se diseña hasta abordar cavidad identificando escaso líquido de reacción inflamatoria y plastrón apendicular laxo, se identifica apéndice con algunas nádas fibrinopurulentas, edematoso e hiperémico, se realiza apendicectomía tipo Halsted sin incidentes, con cierre primario de herida,

sangrado mínimo. La paciente evoluciona satisfactoriamente tolerando VO a las 14 hrs. de la cirugía, con revisiones continuas, con herida sin complicaciones, por lo que se egresa al 3er día, previo USG obstétrico que reportó producto de 22 SDG adecuada motilidad y adecuada FC, sin alteraciones.

Conclusiones: La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más frecuente en embarazadas, la cirugía temprana nos evita complicaciones para el binomio, por lo que la decisión debe de tomarse de forma precoz incluso en los caso que haya otras patologías de fondo. La trombocitopenia gestacional es una entidad que puede llegar a presentar las pacientes que requieran intervención quirúrgica, que no se acompaña de actividad clínica de hemorragia y en las que con los cuidados y precauciones necesarias pueden llegar a intervenirse con éxito.

8

TUMORACIÓN QUÍSTICA EN CUADRANTE INFERIOR DERECHO. MU- COCELE APENDICULAR. REPORTE DE UN CASO

Juan Olmos Casas, Bravo EG, Madrigal MM, Santiago MI. Servicio de Cirugía, Hospital IMSS, Coatzacoalcos, Ver.

Introducción: El mucocele apendicular es una entidad patológica producida por la acumulación de moco intraluminal. Existen 4 procesos patológicos descritos que pueden ocasionar mucocele y son: obturación de la comunicación cecoadenopatética, hiperplasia mucosa, cistoadenoma mucinoso y cistoadenocarcinoma mucinoso. El cistoadenoma mucinoso es el más frecuente en un 50%. El 6% de los pacientes pueden desarrollar pseudomixoma peritoneal. Es de gran importancia conocer esta patología para manipularla cuidadosamente durante el acto quirúrgico, por el índice de malignidad. Presentamos el reporte de un caso de este tipo raro de patología apendicular.

Reporte del caso: Masculino de 78 años de edad, con dolor abdominal intermitente en cuadrante inferior derecho y distensión abdominal moderada de un año de evolución. Fue tratado sintomáticamente por médico privado. Ingreso a urgencias por dolor abdominal en cuadrante inferior derecho sin otra sintomatología. A la exploración física se palpa tumoración de 14 cm de diámetro, de forma redondeada, de consistencia dura bien delimitada y fija en fossa iliaca derecha, con dolor a la palpación profunda. No adenopatías inguinales ni axilares, no pérdida de peso. El ultrasonido mostró tumoración heterogénea de contenido líquido y semiliquido de contornos lobulados bien definidos y bordes lisos con volumen de 61cc, avascular, a nivel de fossa iliaca derecha. Los estudios de laboratorio preoperatorios se reportaron normales. El colon por enema mostró ciego borrado. El antígeno carcinoembionario se reportó en 3.37 y alfafetoproteína en 2.49. En el transoperatorio se encontró tumoración quística apendicular, fija a retroperitoneo sin adenomegalias locales; se efectuó apendicectomía sin accidentes ni incidentes. El reporte histopatológico reveló adenoma mucinoso apendicular (mucocele apendicular). El paciente evolucionó en forma satisfactoria siendo egresado al tercer día del postoperatorio, siendo visto en la consulta externa egresándose definitivamente a los 2 meses. **Conclusiones:** 1. El mucocele apendicular es una entidad patológica poco frecuente. 2. Debemos tomarla en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumores del cuadrante inferior derecho del abdomen. 3. El tipo de resección quirúrgica esta basado en la probabilidad de malignidad.

9

MUOCELE. REPORTE DE UN CASO

Lisandro Christian Vázquez Niño, Cervantes JC, García RP, García MCJN, Sánchez SJ, García BA, González CJ. Servicio de Cirugía General, HG Rubén Leñero GDF, México, D.F.

Introducción: El mucocele es una de las neoplasias que se presenta en el apéndice vermiciforme, cuya característica principal es ser generadora de material mucinoso. Se presenta en aproximadamente 0.3 % de los casos en pacientes que han sido operados del apéndice y su presentación se asocia al pseudomixoma peritoneal. Se clasifica en 3 presentaciones: hiperplasia, cistoadenoma epitelial y cistoadenocarcinoma. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 27 años de edad el cual presentaba cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por dolor intenso constante localizado en fossa iliaca derecha que se irradiaba de manera difusa que se exacerbaba a la palpación acompañado de distensión abdominal, náuseas, vómito de contenido gastroalimentario que no mejoraba la sintomatología e intolerancia la vía oral para lo que acude a facultativo quien administra tratamiento a base de analgésicos y antibióticos sin mejoría del cuadro, por lo que acude al servicio de urgencias donde es valorado por cirugía general, encontrando a la exploración física, distensión abdominal, peristalsis abolida, Mc Burney +, psoas +, obturador +, rebote + los rx de abdomen sin alteraciones, los paracálinicos mostraban leucocitos con predominio de neutrófilos, por lo que se decide tratamiento quirúrgico, encontrando apéndice cecal de 13 cm de longitud y 3 cm de diámetro en todo su trayecto, aumento de volumen y con base ancha y material mucoide en su interior, se realiza apendicectomía con manejo de muñón Parker Kerr sin complicaciones, el paciente evoluciona satisfactoriamente siendo egresado sin complicaciones. Recabando posteriormente resultado histopatológico

confirmando diagnóstico de mucocele. **Conclusiones:** El mucocele es una neoplasia benigna poco frecuente. La frecuencia de las neoplasias benignas del apéndice es bastante baja, con un estimado del 0.2% de todas las apendicectomías. La diseminación de células epiteliales del mucocele al interior de la cavidad abdominal ocurre en 6 % de los casos y se denomina pseudomixoma peritoneal, que tiene un comportamiento de neoplasia maligna por su alto índice de recidiva y es histológicamente benigno. El mucocele se asocia a neoplasias de otros órganos intraabdominales como el adenocarcinoma de colon (0 a 21 %) y ovario (4 a 24 %). La sintomatología del mucocele es inespecífica, y en 23 a 50 % de los casos se presenta como hallazgo incidental durante una intervención quirúrgica. La manifestación clínica más frecuente es dolor en hemiabdomen derecho (64 %), agudo o crónico (17 %), y tumor abdominal palpable (15 %). Otras raras presentaciones incluyen intususcepción, torsión, obstrucción uretral y hematuria

10

MUOCELE APENDICULAR, CASO DE PRESENTACIÓN RARA Y USUALMENTE SUBESTIMADO

Ana Lilia Hernández Peinado, Gómez BF, Rendón GAM. Servicio de Cirugía General, Hospital de Especialidades CMN La Raza IMSS, México, D.F.

Introducción: La entidad de mucocele del apéndice fue descrita por Rokitanski en 1842, es la dilatación de la luz del apéndice por una acumulación anormal de moco, que puede estar relacionada con proceso epitelial neoplásico o no neoplásico, y su diagnóstico es basado en una descripción macroscópica y no histopatológica. Es encontrado en 0.3% de los especímenes de apéndice. Las principales causas son retención quística, hiperplasia de moco, cistoadenoma mucinoso o cistoadenocarcinoma mucinoso, y el mucocele apendicular es la primera causa de pseudomixoma peritoneal, una rara entidad maligna que sobreviene cuando es liberado el contenido del mucocele a la cavidad peritoneal, ocurre en el 6% de los casos de mucocele apendicular. La presentación del mucocele es generalmente incidental durante una apendicectomía, puede presentarse como dolor insidioso (27%), masa abdominal (14%), pérdida de peso (13%) o náusea y vómito (8%), los estudios diagnósticos son Ultrasonido que reporta una imagen heterogénea de bordes definidos en región del apéndice cecal. Por TAC una masa quística bien encapsulada, con paredes lisas y regulares y puede existir calcificación mural. Estudios baritados muestran compresión extrínseca del ciego o ileón terminal, con ausencia de llenado del apéndice. El pseudomixoma peritoneal se muestra como un cúmulo de moco dentro de la cavidad, ecográficamente como ascitis con múltiples ecos que no se movilizan, tomográficamente como ascitis de baja attenuación que desplaza y comprime las vísceras abdominales e implantes en las superficies peritoneales e infrecuentemente calcificaciones. El mucocele intacto es un proceso benigno, pero en pacientes en los que se liberan las células epiteliales contenidas en el moco a la cavidad peritoneal, presentan una evolución completamente distinta, pues presentan pseudomixoma peritoneal que requiere un manejo agresivo y de resultados controvertidos, modificando por completo el pronóstico del paciente. **Reporte del caso:** Femenino de 37 años con antecedentes patológicos negados, presenta tumor en fossa iliaca izquierda a la autoexploración, en la consulta se palpa un tumor de 15 cm aprox. en FID, no doloroso, duro, no móvil, liso. Los laboratoriales dentro de parámetros normales, se solicita USG el cual muestra una neiformación en la fossa iliaca derecha de bordes lisos bien definidos, de contenido heterogéneo de 12x5cm, sin afectación de otras estructuras. Se solicita TAC la cual reporta un tumor de 16x5.5cm, en FID, de contenido homogéneo 21UH, con bordes definidos y algunas calcificaciones en un extremo, de origen no determinado. Dx: Probable mucocele apendicular. Se realiza manejo quirúrgico para extirpación de mucocele, encontrando mucocele apendicular de 15x5cm, no perforado, con calcificaciones en su pared, blando, con pedúnculo del apéndice no alterado, no ganglios afectados, resto de órganos sin afectación. El manejo fue extirpación con ligadura de pedúnculo con crómico transfixivo e invaginación. Se envió a patología donde lo describen macroscópicamente como mucocele de apéndice, de paredes delgadas con algunas áreas de calcificaciones, con contenido mucoso, blanco. Reporte microscópico hiperplasia mucinosa, sin datos de malignidad, borde quirúrgico libre. La paciente evolucionó de forma adecuada sin alteraciones a nivel abdominal. **Conclusiones:** El mucocele apendicular en caso de encontrarse en su etapa temprana sin perforación y diseminación del contenido a la cavidad deberá ser manejado con apendicectomía con márgenes quirúrgicos libres de lesión, que deberá ser verificado, si es posible, mediante estudio transoperatorio, pues en caso de bordes afectados se deberá hacer resección, incluso hemicolectomía, para asegurar ausencia total de células epiteliales dentro del peritoneo. En caso de encontrarlo perforado o de perforarse durante el transoperatorio con liberación de contenido a cavidad o encontrar pseudomixoma peritoneal se deberá realizar manejo con quimioterapia durante la cirugía, lavando la cavidad con una solución tibia con mitomicina C, y valorar realización de omentectomía, esplenectomía, resección de rectosigmoido para remover peritoneo pélvico, de acuerdo a la extensión del proceso, y resección de estructuras afectadas, dando finalmente un pronóstico de vida a 5 años del 25%. Como se podrá ver, en el caso de nuestra paciente la

evolución fue totalmente benigna y el manejo curativo, pero llama la atención que una patología benigna pueda fácilmente convertirse en una etiología de alta malignidad con un manejo completamente distinto y un pronóstico muy reservado en caso de no manejarse bien o a tiempo, por lástima la mayoría de las veces es un hallazgo transoperatorio y mal estudiado. La opción que tenemos como cirujanos es tenerlo siempre en mente como diagnóstico diferencial en una apendicitis aguda o masa abdominal en FID y conocer el manejo del mismo para disminuir al mínimo las posibles complicaciones.

11

MUCOCELE APENDICULAR: UNA CAUSA INUSUAL DE DOLOR ABDOMINAL EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA

Daniel Hernández Ramírez, Portela RG, Garcés MA, Barragán RM, Hernández AV, Bellacetin FO, Ramírez M. Servicio de Cirugía, HECMNSXXI, IMSS, Tampico, Tam.

Introducción: El mucocele apendicular es una rara entidad que puede presentarse con una variedad de síndromes clínicos o un hallazgo quirúrgico incidental. Es un término descriptivo para la distensión mucinosa del lumen apendicular sin importar su patología subyacente. Se conocen 4 condiciones patológicas: quiste de retención, hiperplasia mucosa, cistadenoma y cistadenocarcinoma. La proporción de afectación hombre-mujer es 3-4:1 con una edad promedio de 55 años al momento del diagnóstico. Su prevalencia es del 0.2-0.4% de las appendicectomías. Las manifestaciones clínicas incluyen masa abdominal palpable, sangrado gastrointestinal y dolor abdominal en cuadrante inferior derecho. Otros signos reportados son: pérdida de peso, náusea/vómito, apendicitis aguda, cambios en el hábito intestinal y anemia inexplicable. Existen diversos reportes de tumores asociados a MA incluyendo tracto gastrointestinal, ovario, mama y riñón, hasta en un tercio de los pacientes, siendo el más común, el cáncer colorrectal. Se presenta el caso de un paciente con colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) al que por colonoscopia se le encontró una compresión intrínseca del ciego, realizándose laparotomía exploradora + resección parcial de ciego por mucocele apendicular. Se realizó una revisión de la literatura mundial en busca de casos similares. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 54 años con diarrea sanguinolenta y dolor abdominal de 3 años de evolución, diagnosticado con CUCI variedad proctosigmoidea mediante biopsia y colonoscopia, en tratamiento con mesalazina vía oral. 2 meses previos a su ingreso, reinicia con dolor abdominal en cuadrante inferior derecho. Al momento de la exploración física con signos vitales estables, dolor a la palpación profunda en fossa ilíaca derecha sin plastrón. Labs dentro de parámetros normales, incluyendo ACE y CA 19-9. Se realiza panendoscopia reportándose gastritis crónica y colonoscopia con compresión intrínseca del ciego. Mediante TAC de abdomen se encuentra masa pericecal sin resultado histopatológico definitivo con las biopsias obtenidas. Es sometido a laparotomía exploradora encontrándose tumor cecal de 10 x 3 cm diagnosticado como cistadenoma. Se realizó resección parcial del ciego con anastomosis. Cursó con ileo postoperatorio y estancia prolongada resuelta de forma conservadora. Actualmente se mantiene asintomático a 7 meses del procedimiento quirúrgico. **Conclusiones:** La CU está asociada con más de 100 manifestaciones gastrointestinales, concluyendo el riesgo elevado para algunas neoplasias gastrointestinales. Clásicamente, se ha descrito que existe una disminución en la cantidad del moco cecal en pacientes con CU, aunque algunos autores han sugerido que el apéndice puede estar involucrado en la CU, siendo inclusive el orificio apendicular inflamado, el que puede bloquear la excreción de la cavidad. También se ha sospechado de cambios genéticos o inmunológicos comunes, pero no se ha establecido una causa definitiva. Existen en la literatura mundial, 2 reportes previos con CU asociados a cistadenocarcinoma y 1 reporte asociado a cistadenoma, como en el caso de nuestro paciente, con características clínicas similares. El MA debe ser considerado en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria asociada a masa y/o dolor abdominal. El tratamiento quirúrgico continúa siendo el de elección en esta patología.

12

PSEUDOMIXOMA PERITONEAL ORIGINADO EN UN CISTADENOMA APENDICULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HCSAE PEMEX PICACHO

Alejandro Cruz Zárate, Luna MJ, Mata QCJ, Pérez GFA, Jiménez GA, Ruiz VB, Serrano RP, Javier PBA, Mondragón CML, Alonso CEA. Servicio de Cirugía General, Hospital PEMEX Picacho, México, D.F.

Introducción: La primera descripción de esta entidad se atribuye a Rokitansky en 1842, pero no fue si no hasta 1884 cuando Perth acuñó el término de pseudomixoma peritoneal al describir un caso originado en un carcinoma ovárico. Posteriormente Frankel en 1901 describió nuevamente la patología, en este caso asociada a un quiste apendicular. El pseudomixoma peritoneal se caracteriza por ascitis mucinosa con implantes peritoneales epiteliales y mucinosos secundarios a ruptura o metástasis de un

tumor primario. La asociación de tumores apendiculares y ováricos es conocida cuando existe pseudomixoma peritoneal y también se conoce el riesgo elevado de padecer otra neoplasia gastrointestinal en presencia de cistoadenoma apendicular, llegando a asociarse en un 20% a neoplasias colorrectales. Es una enfermedad poco frecuente, tiene una incidencia aproximada de 2 casos por cada 10 000 laparotomías, y se presenta más común en mujeres que en hombres en una proporción 2-3 a 1. El pseudomixoma peritoneal es definido como un falso tumor mucinoso del peritoneo ya que casi siempre es identificado un tumor mucinoso del apéndice como sitio primario de la enfermedad. **Reporte del caso:** Se presenta el caso de un paciente con distensión abdominal de 6 meses de evolución a quien se le había realizado paracentesis fallida por material mucinoso, por lo que se envía a servicio de Cirugía General para laparotomía exploradora. Paciente masculino de 81 años de edad quien cuenta con los antecedentes de plastia inguinal derecha, sin otros antecedentes quirúrgicos. Ingresado a servicio de Medicina Interna por aumento de volumen abdominal. Se realizó colon por enema con compresión extrínseca, ultrasonido abdominal que mostraba áreas amorfas de aspecto complejo, tomografía axial computada abdominal que mostraba áreas de mediana atenuación, heterogénea y septos en su interior, y paracentesis en la se obtuvo material mucinoso escaso sin llegar al diagnóstico. Se interconsulta a cirugía general y se programa para cirugía con los hallazgos de 7Kg de material mucinoso, con abundantes adherencias y engrosamiento peritoneal, se lava exhaustivamente, se realiza revisión de la cavidad encontrando tejido en bloque, sacular y con fondo ciego en su interior, que se envía para estudio histopatológico definitivo. Durante el seguimiento posquirúrgico se reporta por patología: espécimen enviado correspondiente a apéndice cecal identificado histológicamente, y cistadenoma apendicular. El paciente cursó con evolución favorable en su posquirúrgico y se inició manejo por oncología médica. **Conclusiones:** El pseudomixoma peritoneal es una patología poco frecuente y enigmática que casi siempre se observa inesperadamente durante la laparotomía. Debido a su baja incidencia, a las pocas series publicadas, el reducido número de estas, a la falta de estudios prospectivos y a la variedad de criterios de inclusión en estos estudios, existe mucha controversia en cuanto a su patogenia, manejo y pronóstico. Sin embargo es necesario tener en cuenta que el hallazgo transoperatorio de ocupación de la cavidad peritoneal con grandes colecciones de contenido mucinoso y ascitis, que envuelvan la superficie peritoneal y el omento, debe hacer sospechar en pseudomixoma peritoneal, y por ello realizar una cirugía dirigida a: drenaje de cavidad, resección tumoral extensa y en caso necesario apéndicectomía, ooforectomía omentectomía ya que son estos sitios el origen más frecuente de la enfermedad. Además subsecuentemente deberá continuar manejo oncológico a base de radioterapia, quimioterapia, o tratamientos locales como fototerapia o terapia mucolítica.

13

MUCOCELE APENDICULAR. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

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

Introducción: Los tumores primitivos del apéndice cecal son raros 90% son carcinoides, 8% mucoceles y sólo 2% adenocarcinomas y constituyen menos del 0.5% de todas las neoplasias gastrointestinales. La presentación clínica del cistoadenoma y del cistoadenocarcinoma es poco específica. En un reciente informe de la Mayo Clinic, Stocchi y cols encontraron en una serie de 135 pacientes, que el 51% cursaban asintomáticos. Se reportaron como los principales signos y síntomas la presencia de dolor abdominal (27%), masa abdominal (16%) y pérdida de peso (10%). Dentro de los estudios diagnósticos se encuentra el enema baritado, en el cual el mucocele se puede evidenciar como una compresión extrínseca en el ciego, ileón terminal o colon sigmoídes, con una apariencia de anillos concéntricos en la mucosa cecal dirigidos hacia el orificio apendicular obstruido. El diagnóstico también puede estar apoyado por estudios endoscópicos que pueden revelar la patognomónica imagen del signo del volcán, consistente en que en el ciego se levanta una masa con un crecimiento central del cual sale moco. Sin embargo, es la tomografía axial de abdomen y pelvis el estudio que reviste mayor importancia, no sólo por la capacidad de definir claramente la estructura del tumor, sino también en la evaluación de la extensión de la enfermedad a otros órganos. La característica típica de este tumor es una masa encapsulada, bien definida, de baja densidad y localizada en el cuadrante derecho del abdomen. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenina de 68 años de edad quien ingresa al servicio de urgencias con cuadro clínico de obstrucción intestinal, en el estudio de imagen radiográfica abdomen simple se observa dilatación de asas de intestino delgado y niveles hidroáreos con una calcificación ovalada de aprox. 4 x 3 cm de dimensiones en fossa ilíaca derecha. En un inicio se sospecha de ileo biliar, sometiéndose a laparotomía para su manejo. Como hallazgo transoperatorio se encontró una tumoración de apéndice cecal de color blanco de 30x12x6 cm de dimensiones y tumoración pétreas en su punta de 3 cm de diámetro, se realiza hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis y se envía pie-

za a patología, la paciente evoluciona de manera satisfactoria con mejoría y egreso en 6 días de hospitalización, el examen histopatológico mostró mucocele apendicular asociado a cistoadenoma mucinoso de apéndice cecal, al momento la paciente no muestra actividad tumoral en estudios de extensión, continua con vigilancia ambulatoria. **Conclusiones:** Con respecto al tratamiento quirúrgico existe el consenso de que el caso de abordaje abierto debe iniciarse con la exploración de la cavidad abdominal, debido a la asociación del mucocele con otros tumores, particularmente con carcinoma del colon y con el llamado pseudomixoma peritoneal. La apendicectomía en las presentaciones benignas, ya sea de quistes de retención, hiperplasia mucosa o cistoadenoma, presentan un excelente pronóstico para el paciente, con sobrevida a 5 años en 91 a 100% de los casos. Sin embargo, la presencia de células neoplásicas, ya sea por ruptura espontánea o extravasación en el acto quirúrgico, conlleva categóricamente a mal pronóstico, logrando sobrevida a 5 años del 25%, debido a complicaciones del pseudomixoma como la obstrucción intestinal, por estos motivos es importante conocer la apariencia microscópica de la lesión y realizar el procedimiento quirúrgico resolutivo adecuado

14

AGENESIA DEL APÉNDICE CECAL

Carlos Arturo Retina Mejía, Aburto FMC, Córdoba CLC, Meza DR. Servicio de Cirugía, Hospital General de Querétaro, SSA, San Juan del Río, Qro.

Introducción: El apéndice surge del ciego a la octava semana de gestación y se considera como un remanente del apex cecal. La ausencia completa del desarrollo apendicular se le conoce como «agenesia». La agenesia apendicular es una entidad muy rara, fue descrita por primera vez por Morgagni en 1718. Se estima que tiene una incidencia de 1 por cada 100 000 laparotomías realizadas con la sospecha de apendicitis. Collins propuso una clasificación para las malformaciones cecales y apendiculares, las cuales incluyen: agenesia de ciego y apéndice (tipo I); ciego rudimentario y agenesia apendicular (tipo II); ciego normal y agenesia apendicular (tipo III, la más común); ciego normal y apéndice rudimentario (tipo IV) y ciego aumentado de tamaño sin apéndice (tipo V). El diagnóstico se realiza durante la laparotomía o laparoscopia. Se debe explorar de forma meticolosa la región cecal y el colon ascendente; el seguimiento de las tenias al punto de convergencia de las mismas es imperativo, la palpación del ciego debe de ser minuciosa para descartar intususcepción o apéndice intramural. Siempre se debe de explorar toda la cavidad en busca de otra patología que explique la sintomatología del paciente. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 48 años de edad sin antecedentes heredo-familiares de importancia, niega antecedentes quirúrgicos u otros antecedentes personales patológicos. Inicia su padecimiento actual 48 horas previas al ingreso por el servicio de urgencias, con cuadro de dolor abdominal en un inicio epigástrico para después de 2 horas localizarse en la fossa iliaca derecha, acompañado de hiporexia, náusea, vómito en 4 ocasiones de contenido gástrico así como fiebre de 38 grados. A la exploración física se encontró paciente febril, taquicárdico con deshidratación leve, respiratorio sin alteraciones, abdomen con peristalsis disminuida, blando, depresible, doloroso en fossa iliaca derecha, Mc Burney (+), Rovsing (+), Von Blumberg (+), talopercusión (+). No datos urinarios. Extremidades sin alteraciones perceptibles. Laboratorialmente con examen general de orina sin alteraciones, leucocitosis de 14,000 a expensas de neutrófilia con 89.60%, hipernatremia leve de 146.10. Las radiografías simples de abdomen no mostraron anormalidades. Debido al cuadro clínico presentado y a una puntuación de Alvarado de 10 se llegó al diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda. Se realizó laparotomía reportándose como hallazgos quirúrgicos agenesia apendicular y únicamente se encontró un apéndice epiploico inflamatorio el cual fue resecado y corroborado por histopatología. En el postoperatorio con evolución favorable, afebril, sin dolor por lo que se decidió egreso hospitalario sin complicaciones 48 horas posteriores al evento quirúrgico. **Conclusiones:** La agenesia apendicular es una entidad rara en la cual se puede llegar al diagnóstico únicamente después de una amplia exploración quirúrgica la cual conlleva a una adecuada exposición del ciego y del colon ascendente. Se puede asociar a otras malformaciones como malrotación intestinal, atresia ileocecal u otros. Se debe realizar la exploración en busca de otras malformaciones así como para descartar una posición anormal de la misma. Nuestro paciente presentó una malformación tipo III según la clasificación de Collins, la cual es el tipo más común.

15

AGENESIA APENDICULAR

José Francisco Gómez Alcaraz, Mateos NP, Mondragón CHMA, Díaz GJC, Maldonado MM, Rojas ML, Ramos GR, Cortez RJ, Mireles DHH. Servicio de Cirugía General, Hospital Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos, SSA, Huetamo, Mich.

Introducción: La apéndice cecal desde el punto de vista embrionario se forma a partir del ciego durante la octava semana de vida embrionaria y se

asemeja al ciego con la diferencia que tiene abundante tejido linfoide a nivel de la capa submucosa. Las anomalías del apéndice cecal son muy raras y entre estas se encuentran la duplicación ya sea parcial o completa y la ausencia de esta aunque también puede haber arterias accesorias y ubicación a la izquierda estas últimas con más frecuencia, la patología que presentamos aquí es una de las más raras y de muy difícil diagnóstico con escaso reporte a nivel mundial y escaso conocimiento por los médicos. **Reporte del caso:** Paciente femenina de 68 años de edad, inició su padecimiento actual el día 16 de febrero de 2008 al presentar dolor a nivel de fossa iliaca derecha tipo cólico con irradiación hacia hipogastrio, con ingesta de medicamentos no especificados 5 horas previas a su ingreso sin presentar mejoría por lo cual acude a nuestro hospital donde se le solicitan laboratoriales con el siguiente resultado: Leucocitos: 17600, Eritrocitos: 5.38, Hgb:17.1, Neutrófilos: 88.6, TP: 13.8 TTP:30.7 INR: 1.14, Act: 78%, EGO: Ph: 6.0, Densidad: 1.010, Glucosa: Negativo, Proteínas: Negativo, Cetonas: Negativo, Bilirrubinas: Negativo, Eritrocitos: Negativo, Nitritos: Negativo, Leucocitos: 2-3, a la valoración por Cirugía General con fascies dolorosa en actitud forzada, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen a la inspección globoso a expensas de panículo adiposo, a la auscultación con peristalsis presente pero disminuida, a la palpación presencia de hiperestesia, hiperbaralgasia, datos francos de irritación peritoneal, descompresión positiva, Rovsing positivo, Lanz positivo, Obturador positivo, Psoas positivo, a la percusión timpánico, en la Placa simple de abdomen se observa borraiento del psoas, imagen en vidrio desplumado, distensión de asas, por lo cual se concluye abdomen agudo de tipo inflamatorio. Se pasa a quirófano de urgencia con los siguientes hallazgos transquirúrgicos: Distensión de asas a expensas de gas, ausencia de apéndice cecal in situ anatómico, por lo cual ante la manipulación de ciego presenta isquemia del mismo por lo cual se decide la realización de Hemicolectomía derecha con ileostomía terminal, se cierra cavidad por planos y se envía pieza a patología, la paciente presentó una buena evolución con inicio de vía oral a las 24 horas y alta al segundo día de postoperatorio. Reporte Histopatológico: Colitis isquémica aguda, Ileitis crónica de intensidad moderada con hiperplasia linfoide, bordes quirúrgicos con ileitis crónica moderada, ausencia de apéndice cecal in situ anatómico. **Conclusiones:** Aunque la incidencia de esta patología es muy baja alrededor de 0.001 % la debemos tener en cuenta ya semeja apendicitis aguda por lo cual debemos tener en mente para evitar exponer a riesgos quirúrgicos a los pacientes.

16

DUPLICACIÓN APÉNDICE CECAL

Luis Felipe Ortega Beltrán, Contreras VC, Girón GR. Servicio de Cirugía General, Hospital Naval, Hospital General Tehuantepec, SSA, Secretaría de Marina, Salina Cruz, Oax.

Introducción: Las variaciones anatómicas del apéndice vermiciforme son muy poco frecuentes. Dentro de estas, la duplicación apendicular es la más común. A pesar de la alta frecuencia de la apendicetomía, sólo se han comunicado 60 a 80 casos de duplicación apendicular en la literatura médica mundial desde su descripción original en 1903. **Objetivo:** Dar a conocer las características anatómicas de la duplicación apendicular. **Material y Métodos:** Se trata de reporte de un caso de un paciente que se le realiza laparotomía exploradora teniendo como hallazgos duplicación apendicular y apendicitis aguda en el Hospital General de Tehuantepec Oaxaca. Tipo de estudio. Reporte de caso. **Resumen:** Se realiza laparotomía exploradora, realizándose apendicetomía, en ambos apéndices y se corroboró diagnóstico de duplicación apendicular por histopatología. **Conclusiones:** Por lo poco frecuente de las variaciones anatómicas del apéndice cecal, es necesario conocer de la existencia de estas anomalías, ya que un error en su reconocimiento oportuno, puede tener serias repercusiones clínicas y médicas legales.

MODULO: BAZO

17

RUPTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA IDIOPÁTICA. REPORTE DE CASO

Armando Contreras Arellano, Olvera HH, Torres NA, Pérez HM, Licona OJ, Arteaga GL, Lozada LJD, Tort MA. Servicio de Cirugía General, Hospital 1ro de Octubre ISSSTE, Cuernavaca Mor.

Introducción: La ruptura esplénica es una complicación común de trauma, así como también de diversas alteraciones sistémicas con afección al sistema retículo endotelial, incluyendo infecciones y neoplasias; un subtipo raro de ruptura ocurre de forma espontánea. La patogénesis de ruptura espontánea esta en debate en la ausencia de trauma externo o enfermedad predisponente. **Reporte del caso:** Paciente femenina de 33 años de edad sin antecedentes crónico degenerativos de importancia, sin antecedentes traumáticos, inicia 15 días previos a su ingreso con dolor tipo pleurítico izquierdo de intensidad moderada, manejada con antiinflamatorios

no esteroideo del tipo diclofenaco, con disminución parcial de su sintomatología, doce horas previo a su ingreso presenta dolor abdominal, generalizado, moderado, con disminución parcial con el reposo, además de náusea. A su ingreso al servicio de urgencias paciente en estado de choque hipovolémico manifestado por frecuencia cardíaca de 120, frecuencia respiratoria de 28, Tensión arterial de 80/40, diaforesis, palidez generalizada y datos de irritación peritoneal. Se toma tomografía abdominal en la cual de observa líquido de densidad hemática perihepático, periesplénico y pélvico, deslazamiento medial esplénico. Presenta laboratorios con hb de 8.3, hto de 25.2, leucocitos de 14,9000, plaquetas de 218 mil, resto dentro de parámetros normales. **Resultados:** Se realiza laparotomía exploradora con incisión media supra-infraumbilical, se observa hemoperitoneo de 1500 cc, se identifica sitio de sangrado a nivel esplénico secundario a hematoma subcapsular roto, se decide esplenectomía debido a las alteraciones hemodinámicas presentada, lavado, sin drenajes. La paciente evoluciona de manera satisfactoria y es egresada al 5 día postoperatorio. **Conclusiones:** La ruptura espontánea del bazo es una entidad conocida y descrita desde hace mucho tiempo, si bien en la mayoría de los casos se presenta como complicación de diversas enfermedades sistémicas, la ruptura espontánea del bazo normal aunque descrita después de esfuerzos mínimos como la tos y el vómito, en nuestro caso no existe una causa clínica relacionada. La técnica diagnóstica de elección para el diagnóstico de ruptura esplénica es la tomografía computarizada. El tratamiento consiste en esplenectomía, se han realizado manejos conservadores con alta mortalidad, el uso de drenajes, - sobre todos abiertos- en pacientes esplenectomizados es limitado e incluso contraindicado.

18

BAZO ACCESORIO SECUNDARIO A ESPLENOSIS

Juan Carlos Vega Cabrera, Guzmán I, Rodríguez B, Gutiérrez P, Hernández V, Crisanto B. Servicio de Cirugía General, Hospital General de México SSA, México, D.F.

Introducción: Esplenosis es el término empleado en la bibliografía para describir la existencia de tejido funcional esplénico, fuera de su localización anatómica normal, secundaria a traumatismos o a cirugías previas de esplenectomía, lo que promueve la implantación de fragmentos viables y funcionales. Por ello es un concepto diferente al bazo ectópico que este se presenta por alteraciones en el desarrollo embrionario. Por lo cual es motivo de confusión para un exacto diagnóstico conceptual puede ser el planteando entre la siembra de tejido esplénico y el bazo supernumerario. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 20 años de edad, soltero, estudiantes, AHF madre finada por DM2 (complicaciones) y CACU rama materna. AP-noP sin importancia, AP DX de Púrpura trombocitopénica idiopática de 5 años de diagnóstico, esplenectomía hace 4 años en medio particular donde se reporta esplenectomía traumática por desgarro y rompimiento del bazo durante la ligadura y tracción de su pedículo, refiere múltiples transfusiones de paquetes globulares y concentrados plaquetarios sin presentar reacciones alérgicas. Padecimiento actual, refiere desde hace 4 años de evolución cuadros repetitivos de epistaxis frecuentes y abundantes por lo cual se realiza dx de PTI y esplenectomía, refiere que dos años posterior a la fecha presenta mismos cuadros clínicos pero de menor intensidad por lo que acude a nuestra unidad. Este paciente fue manejado con ciclosfamida, alemtuzumab, azatioprina sin presentar mejoría clínica, cuenta con laboratorios de LEU 6 HG12 PLt 80000 TPT TP dentro de parámetros normales, Ego sin alteraciones QS normal, se envía a medicina nuclear con uso de eritrocitos autólogos Tc 99mm dañados con calor con resultado de estudio positivo para bazo ectópico, se procede a programar al paciente para realizar lape con hallazgos pos qx de bazos ectópicos en número de 3 fragmentos de tipo nodular en hilio renal izquierdo de aproximadamente 3x2.8x1.5cm ambos tres el cual se procede a ligar su base se da por terminado el procedimiento sin complicaciones, se envía a estudio transoperatorio con resultado positivo a bazo. **Conclusiones:** La esplenosis debe ser diferenciada de la presencia de bazos ectópicos, estos últimos son idénticos y funcionalmente al bazo, rara vez son más de uno. En cambio la esplenosis se caracteriza por la presencia de nódulos, más numerosos sin localización fija, a nivel microscópico algunos sostienen que la esplenosis generalmente carece de estructuras trabeculares, aunque los nódulos estén encapsulados, pero otros autores consideran que no se puede encontrar la diferencia entre estos y el bazo normal, de aquí la importancia que radica en realizar una cirugía con extremo cuidado por prevenir dichos implantes

19

INCIDENCIA DE LAS PATOLOGÍAS DE BAZO QUIRÚRGICO EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.

Carlos Campos Castillo, Garza FJ, López LJ, Cruz ML. Servicio de Cirugía del Hospital General de México, O. D. SSA, México, D.F.

Introducción: Los padecimientos quirúrgicos de bazo son patologías muy variadas y representan un grupo de enfermedades que van desde los

quistes del hilio esplénico hasta los linfomas o infiltraciones al órgano de otras enfermedades. Pero sin duda las principales causas de esplenectomías en nuestro medio son los padecimientos hematológicos, ya sean tumorales como el linfoma o la leucemia o bien padecimientos benignos como la esferocitosis hereditaria o la púrpura trombocitopénica idiopática, estas últimas como se demuestra en nuestro estudio son las causas más frecuentes de esplenectomías en nuestro hospital. Es importante señalar que la esplenectomía por padecimientos hematológicos requiere de gran experiencia ya que en algunas ocasiones los enfermos cursan con esplenomegalia y en otras requieren una preparación preoperatoria hematológica; la cirugía en estos casos es diferente y reviste otras dificultades que las esplenectomías por traumatismos. No incluimos los padecimientos traumáticos de bazo porque nuestra institución, a diferencia de otros hospitales, recibe una mínima proporción de trauma. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es describir las causas que han originado las cirugías de bazo en el Hospital General de México, desde enero de 2002 hasta mayo del 2008; analizando los datos más relevantes para los diagnósticos y para los procedimientos quirúrgicos en un estudio longitudinal retrospectivo de revisión. **Material y métodos:** Se analizaron el número total de cirugías programadas por nuestro servicio de cirugía general en este lapso de tiempo (18,825), el número total de esplenectomías realizadas fue de 133. Los diagnósticos de los pacientes sometidos a esplenectomía, los cuales se muestran en una tabla general de diagnósticos. Las edades de los enfermos, el sexo, tanto general como por diagnóstico. En cuanto a las cirugías se revisa cuantas fueron abiertas y cuantas fueron por laparoscopia y se evalúa el sangrado transoperatorio. **Resultados:** De 18,825 cirugías realizadas en el servicio de Cirugía General del Hospital General de México en el lapso de enero el 2002 a mayo del 2008, 133 pacientes fueron intervenidos de esplenectomías por diversos padecimientos que se muestran, donde el diagnóstico más frecuente fue la púrpura trombocitopénica idiopática con 85 casos, seguida de esferocitosis hereditaria 12 casos, anemia hemolítica 8 casos e hiperesplenismo de otros orígenes 10 casos, así como otros diagnósticos que se enlistan. El rango de edad fue de 16 a 77 años, el promedio de edad general fue de 35.3 años, pero los pacientes hematológicos, como es de esperarse, fueron más jóvenes con rangos que van de entre los 16 y 65 años y menor promedio de edad. Predominó el sexo femenino, siendo 42 el masculino y 91 el femenino. Las cirugías abiertas fueron 118, mientras las cirugías laparoscópicas fueron 15. La indicación de cirugías laparoscópicas no obedece a cuestiones de criterio médico en muchas ocasiones, sino más bien a la disponibilidad de material y equipo médico. La morbilidad fue de 8%, mientras la mortalidad fue de 0.75% (1 caso). **Conclusiones:** El Hospital General de México es un centro de referencia de pacientes hematológicos y es por ello que son frecuentes las cirugías de bazo. Las patologías que hacen indicar una esplenectomía son muy variadas y frecuentemente el hiperesplenismo es la indicación, independientemente de la enfermedad subyacente los padecimientos hematológicos son los que originan la mayor proporción de esplenectomías la experiencia en cirugía de bazo hace que los promedios de sangrado transoperatorios sean en rangos aceptables, es importante señalar que algunos de estos pacientes presentaron esplenomegalia y otros requieren también una preparación hematológica preoperatoria. Los rangos de morbilidad son bajos y concordantes con otros reportes la experiencia quirúrgica hace que el sangrado transoperatorio caiga en rangos aceptables.

20

ESPLENOSIS: REPORTE DE UN CASO

Rosa Gabriela Arredondo Hidalgo. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Zona y Medicina Familiar N° 1 IMSS, Guanajuato, Gto.

Introducción: Esferocitos Hereditaria, es un padecimiento autosómico dominante, presenta fragilidad de membrana eritrocitaria, anemia hemolítica crónica por espectrina anormal, ya que ésta junto con la actina dan la fuerza y la forma a la membrana eritrocitaria, por lo que se presentan eritrocitos esféricos indeformables, fácilmente destruibles al pasar las fenes-traciones esplénicas, elevando niveles de deshidrogenasa láctica, bilirrubinas a expensas de la indirecta y fragilidad globular osmótica elevada. Se asocia fuertemente a litiasis vesicular por los pigmentos biliares liberados en la hemólisis. Se maneja con ácido fólico y esplenectomía, que si bien no evita la deformación de los eritrocitos si elimina el sitio de hemólisis, pudiendo realizarse de forma abierta o laparoscópica con especial cuidado de no lesionar la cápsula esplénica y así evitar implantes, esplenosis y reactivación. **Reporte del caso:** Paciente femenina de 16 años, con esferocitosis hereditaria detectada a los 13 años de edad, esplenectomía laparoscópica a los 5 meses del diagnóstico, encontrando bazo magistral, 775 g, sin bazos accesorios, extracción exitosa en bolsa colectora. Histopatológico reportó dimensiones de 10x12x12, congestión vascular y hemorrágica. Permaneció asintomática sin volver a presentar anemia. Acude tras cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho posterior a la ingesta de colecistostomías. Negando ictericia, coluria o acolia. Por US se corroboró litiasis vesicular por lo que se decide colecistectomía laparoscópica, encontrando vesícula piriforme con abundantes litos en su interior así

como presencia de tejido sugestivo de esplenosis implantado en peritoneo y asas de colon, en un total de 58 implantes, los puntiformes se electrofulguran y los restantes se resecaron, patología corrobora que son producto de esplenosis. La paciente está en vigilancia desde el 2005 pues el servicio de Hematología otorgó la remisión completa de la esferocitosis. **Conclusiones:** La esplenosis secundaria a esplenectomía por padecimientos hematológicos puede evitarse con la manipulación gentil del bazo evitando romper la cápsula así como una extracción adecuada. A pesar de estas medidas es posible que suceda la esplenosis por lo que se debe sospechar ante una reactivación del padecimiento. En nuestro caso la paciente está asintomática y la esplenosis fue un hallazgo.

21

RUPTURA ESPONTÁNEA POR HIPERESPLENISMO

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

Introducción: La incidencia verdadera de la ruptura patológica esplénica es desconocida, se produce mayormente en bazos aumentados de tamaño por trastornos hematológicos, tumores o en infecciones generales. La ruptura atraumática del bazo se ha descrito en la literatura médica como singularidad clínica y con consecuencias graves. Las características clínicas de la ruptura esplénica incluyen dolor en el cuadrante superior izquierdo del abdomen, unido a la presencia o no de shock hipovolémico. En ocasiones la ausencia de antecedentes traumáticos y la presencia de manifestaciones clínicas inespecíficas pudieran hacer pensar en otros diagnósticos, tales como; úlcera péptica perforada, angina de pecho, infarto del miocardio, embolia pulmonar, embarazo ectópico, apendicitis aguda y diverticulitis. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 34 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento actual 12 horas antes de su ingreso el día 22 de febrero del 2008, al presentar dolor abdominal de tipo cólico generalizado, el cual aumenta y disminuye sin ningún factor, acompañándose de náuseas y vómitos de contenido gástrico. Posteriormente el dolor se localiza en fossa iliaca derecha. Por lo que decide acudir a nuestro servicio. TA 120/80, FC 100X', FR.20X', TEMP 37 °C. EF. Buena coloración de tegumentos, regularmente hidratado, cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen con hiperestesia, hiperbaralgia y rebote positivo en FID. No visceromegalia, peristaltismo presente. Extremidades sin alteraciones. Laboratorio. Glucosa 89mg, Creatinina 0.8, Hb 12, Hto 36, leucocitos 10.500, Plaquetas 250mil. TP 12" TPT 34" Rx. Simple de abdomen: Crecimiento de bazo, vidrio desplumado. El paciente es valorado por nuestro servicio, siendo intervenido quirúrgicamente con el diagnóstico de probable apendicitis aguda. Los hallazgos quirúrgicos fueron hemoperitoneo de 3,000 ml secundario a ruptura de bazo de aproximadamente 20cm, por lo que se realiza esplenectomía de urgencia. El paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresado al tercer día de su postoperatorio. El estudio histopatológico reportó una ruptura de bazo con hiperesplenismo idiopático. **Conclusiones:** Esta entidad es rara, potencialmente mortal y de diagnóstico difícil. Se reporta porcentajes de mortalidad superiores al 20%, generalmente relacionado con el retraso en el diagnóstico y la gravedad de la patología subyacente. La esplenectomía total sigue considerándose hoy día el tratamiento de elección.

22

RUPTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA

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

Introducción: La ruptura esplénica se produce frecuentemente por mecanismos traumáticos. Se le denomina espontánea cuando no existe ese antecedente o hay una patología esplénica predisponente. La ruptura esplénica espontánea (REE) por infiltración amiloide es una causa muy infrecuente de dolor abdominal agudo. La ruptura es más frecuente en hombres con una prevalencia de 3 a 1. A la fecha en la bibliografía se refieren 136 casos de REE de diversas causas (infiltración neoplásica, de origen degenerativo, infecciosas, congénitas, metabólicas, etc.). **Reporte del caso:** Masculino de 46 años de edad que inicia con cuadro compatible a síndrome gripeal, y posteriormente agregándose dolor abdominal agudo en hipocondrio izquierdo acompañando de náuseas, distensión abdominal, estreñimiento y fiebre, valorado en Hospital del Sector Salud y manejado como síndrome de intestino irritable iniciándose fibra, proctinéticos y antipirético, persistiendo con el dolor abdominal acompañado de fiebre de 39.5 °C, náuseas, distensión abdominal, disuria y dificultad para canalizar gases por recto. Se realiza US abdominal encontrando líquido libre en hueco pélvico aproximadamente 200 cc, no se visualiza apéndice cecal. Laboratorios solo con anemia moderada. En las radiografías simples se aprecia ileo reflejo con edema interasa, gas en estómago y marco colónico. A la EF con datos de irritación peritoneal, febril, TA 110/60, FC 105X', FR 22X', se sospecha de apendicitis modificada por medicamentos y se inicia anti-

biótico con metronidazol y ofloxacino y es sometido a laparotomía exploradora en donde se encuentra hemoperitoneo de aproximadamente 800 cc secundario a ruptura esplénica múltiple (bazo de 12 x 10 x 7 cm) principalmente en superficie diafragmática y en polo inferior, se realiza esplenectomía y lavado de cavidad. Egresó al 4 día de postoperatorio sin complicaciones. El RHP reportó amiloidosis primaria esplénica. **Conclusiones:** La ruptura esplénica espontánea puede ser causa de abdomen agudo quirúrgico.

23

QUISTE ESPLÉNICO NO PARASITARIO. REPORTE DE CASO

Alicia Estrada Castellanos, Torresome, Fugarolasmgs. Servicio de Cirugía General, HGR1 Carlos McGregor IMSS, México, D.F.

Introducción: Los quistes esplénicos no parasitarios (QENP) son lesiones raras, habiendo aproximadamente 1000 casos reportados en la literatura mundial. Existe confusión acerca de su etiopatogenia. Anteriormente se clasificaban en verdaderos (primarios, congénitos) y falsos o pseudoquistes (secundarios, de etiología traumática, degenerativa, inflamatoria y hemorrágica). Clasificaciones más actuales los dividen en primarios (congénito y neoplásico: hemangioma, linfangioma y quiste dermoide) y secundario (traumático y necrótico). El quiste primario tiene características macroscópicas únicas, su interior es: blanco-grisáceo, suave, brillante, algunas veces con trabéculas. El epitelio de recubrimiento puede ser mesotelial, trascional o epidermoide. Este epitelio, en el caso del quiste primario es positivo por inmunohistoquímica para keratina y negativo a factor 8. La ausencia de recubrimiento epitelial puede ser una observación falsa; si se toman suficientes cortas y se analizan adecuadamente se pueden identificar remanentes del epitelio, sitios donde el epitelio se ha descamado. Las complicaciones de estas lesiones son ruptura traumática o espontánea, hipertensión por compresión renal, hiperesplenismo y carcinoma. El tratamiento convencional ha sido la esplenectomía total. Durante los últimos años se han desarrollado nuevos tratamientos: aspiración, marsupialización interna y externa, esplenectomía parcial, cistectomía parcial y esplenectomía parcial laparoscópica. El tratamiento no quirúrgico se recomienda para quistes menores de 5 cm, asintomáticos y con características imagenológicas de QENP. Recientemente se ha descrito el abordaje laparoscópico como el más viable, con esplenectomía parcial o descapsulamiento. Los buenos resultados obtenidos harán que este abordaje se convierta en la primera opción de manejo. **Reporte del caso:** Femenino de 54 años con cuadro clínico de 5 años de evolución caracterizado por dolor epigástrico de baja intensidad, constante, acompañado de plenitud postprandial. Acude en el mes de Abril del 2007 a la consulta externa de Cirugía General del HGR 1. Endoscopia de tubo digestivo superior normal. Ultrasonido reporta lesión quística hacia hipocondrio izquierdo. TAC evidencia lesión quística de 10 x 12 cm sin lograr determinar órgano del cual depende. Se programa para laparoscopia diagnóstica identificándose lesión quística dependiente de polo esplénico superior. Se realiza cistectomía y esplenectomía parcial con engrapadora lineal. Evolución favorable. A su seguimiento 1 año después la paciente asintomática y con TAC de control sin evidencia de recurrencia. El reporte histopatológico describe una lesión quística con un recubrimiento interno blanquecino, nacarado, brillante, liso. Y por microscopía sin identificarse epitelio de recubrimiento. **Conclusiones:** El origen de los QENP continúa siendo motivo de debate. La mayoría de las clasificaciones son erróneas pues se basan en la presencia o ausencia de epitelio de recubrimiento interno. El tratamiento, indicado cuando son sintomáticos, ha cambiado de la clásica esplenectomía total a procedimientos encaminados a la preservación del bazo, como la esplenectomía parcial o cistectomía parcial. Estos procedimientos se han realizado de forma exitosa por abordaje laparoscópico.

24

QUISTE EPITELIAL ESPLÉNICO CON APENDICITIS FASE IV. REPORTE DE UN CASO

Javier Cortez Ramírez, Ubias OJC, Becerril GI, Ortiz LLI, López EAI, Gárduno RMV. Servicio de Cirugía General, Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos SSA ISEM, Toluca, Edo. de México.

Introducción: Las lesiones quísticas primarias de bazo son extremadamente raras con pocos casos comunicados en la literatura. Son causa infrecuente de visceromegalia y un tercio de ellos son sintomáticos y de hallazgo casual en pruebas de imagen. Los quistes epiteliales esplénicos son procesos benignos que afectan preferentemente a pacientes jóvenes, es rara la presencia de sintomatología a veces con síntomas derivados de complicaciones. Es clínicamente difícil establecer el diagnóstico de forma preoperatoria, aun con la ayuda de la ecografía y la tomografía axial computarizada, solo se puede determinar la naturaleza quística de la lesión y su relación con estructuras vecinas, siendo necesario para ello el estudio microscópico de la pieza quirúrgica. La ausencia de atipia celular en el epitelio que recubre la pared del quiste y su carácter secretor de marcadores tumorales específicos demostrado mediante técnicas inmunohistoquímicas, ayudan a su tipifi-

cación. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 11 años que ingresa al servicio de urgencias el pasado 15-09-07 por un cuadro de oclusión intestinal caracterizado por distensión y dolor abdominal tipo cólico, no canaliza gases, ausencia de evacuaciones y vomito de contenido gastroalimentario en 5 ocasiones, la cual se ingresa para manejo conservador, sin embargo el cuadro no cede, continua con dolor y además se palpa una masa en flanco izquierdo, se realiza USG en el que se reporta una imagen compatible con pb absceso esplénico, se realiza TAC en la que se aprecia una tumoración dependiente de bazo, al segundo día de estancia la paciente presenta abdomen agudo por lo que se decide realizar una laparotomía exploradora de manera urgente encontrándose como hallazgos una tumoración dependiente de bazo que lo ocupa en su totalidad, de 15X12cm y de 1800grs aproximadamente, de características quísticas, con múltiples calcificaciones y muy vascularizado por lo que se realiza una esplenectomía total, posteriormente se revisa cavidad pélvica y se aprecia material purulento en cantidad de 150cc aproximadamente, se encuentra un plastrón en fosa iliaca derecha y en su interior un apéndice abscedada, necrosada y perforada en su punta adherida a intestino delgado y salpinge derecha, se realiza apendicetomía, lavado de cavidad y colocación de drenajes blandos Posterior a la cirugía la paciente ingresa a UCI para vigilancia y monitorización, permanece con apoyo ventilatorio durante 24hrs, posteriormente pasa a hospitalización en donde se inicia la vía oral 3 días posteriores a la cirugía con adecuada tolerancia y evolución. La paciente fue egresada por mejoría 5 días después de la cirugía. Reingresa 15 días después por presentar un cuadro de oclusión intestinal, el cual se trata de manera conservadora, se resuelve sin complicaciones y se egresa al cuarto día. Se recaba reporte histopatológico que muestra un quiste epitelial esplénico de características benignas de 17X12X10cm, tejido esplénico residual con esplenitis aguda leve de predominio en la corteza, una apendicitis aguda severa con necrosis hemorrágica y formación de microabscesos. Actualmente y posterior a su reingreso por un cuadro oclusivo la paciente evoluciona sin complicaciones. **Conclusiones:** El tratamiento de estas lesiones esta indicado siempre que sean sintomáticas, afecten los órganos vecinos, tengan un tamaño mayor a 5cm o se presenten con cualquiera de sus complicaciones No hay reportes en la literatura de apendicitis y quiste esplénico gigante. La esplenectomía total es el tratamiento definitivo en todos los pacientes en donde el quiste es de tamaño tal que ocupa la mayor parte del bazo.

25

QUISTE ESPLÉNICO

Héctor Javier Dorantes González. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Zacatecas SSA, Guadalupe, Zacatecas.

Introducción: Los quistes esplénicos son lesiones infrecuentes, de comportamiento benigno, cuyo interés radica en lo excepcional de su aparición. Se clasifican fundamentalmente en parasitarios o no, siendo los parasitarios los más frecuentes y correspondiendo la mayor parte de ellos a quistes hidatídicos. A su vez, los no parasitarios, se subdividen en verdaderos o falsos atendiendo a la presencia o no de revestimiento epitelial, que en ocasiones puede ser difícil de identificar, siendo los verdaderos (con epitelio) los menos frecuentes. En general, se trata de lesiones pequeñas y sintomáticas, si bien, cuando alcanzan mayor tamaño, pueden presentarse como una masa abdominal en flanco izquierdo o provocar síntomas como dolor abdominal, náuseas o vómitos. Para el diagnóstico inicial, la ecografía abdominal constituye la técnica de imagen de elección y, actualmente se opta por realizar técnicas quirúrgicas conservadoras que eviten las complicaciones infecciosas secundarias a la esplenectomía total. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenina, de 24 años de edad, la cual acude a la consulta de cirugía general, por presentar sensación de tumoración y dolor abdominal. Inicia padecimiento actual 7 meses previos a la consulta, con masa palpable en hipocondrio izquierdo asintomática, 4 meses posteriores hay aumento de volumen de la misma, así como dolor en hipocondrio izquierdo con irradiación a epigastrio y región lumbar izquierda. Se agrega sintomatología urinaria (disuria y tenesmo vesical). Refiere pérdida de peso de 7 Kg. en 7 meses aproximadamente y sensación de saciedad temprana de 5 meses de evolución. A la exploración física se encuentra signos vitales TA: 120/70 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 20, Temp: 36.5 Paciente alerta, tranquila, con adecuado estado de hidratación y coloración mucotegumentaria, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen plano, blando, depresible, se palpa tumor de aproximadamente 10cm de diámetro, indurado, en región de hipocondrio izquierdo, doloroso a la palpación, ruidos peristálticos presentes, resto normal. Exámenes de laboratorio (23.01.08): BH: LBU 17.6, HB 13.8, Plq184.8, VSG: 15mm/h TP: 14.6, 63.4%, TPT: 25.7, INR: 1.25. QS: GLP: 253, Crea: 0.9, Urea: 15.0. ES: N° 141, K 4.2, Cl. 111, a.C. 8.9, MG 1.7. PFH: AST 27, ALT 11, ALP 65, ALB 3.0, BD 0.2, BT 0.7, a.m.: 66. EGO: con datos compatibles para infección de vías urinarias. USG abdominal 28.10.07 el cual reporta masa quística a nivel de hilio esplénico por posible quiste esplénico, por lo que se sugiere complementar con TAC de abdomen en donde se observa lesión quística esplénica. Se decide manejo quirúrgico por lo que se inicia terapéutica profiláctica con vacuna antineumococica y antibioticoterapia. Se realiza esplenectomía el día 22.01.08. Con los siguientes hallazgos: quistes de

aproximadamente 18cm en polo superior esplénico adherido a páncreas, con 150cc aproximadamente de líquido claro, se finaliza acto quirúrgico sin complicaciones. Recuperación satisfactoria y egreso a su domicilio 3 días posteriores. Estudio anatopatológico reporta: quiste esplénico de pared fibrosa revestida por epitelio escamoso. **Conclusiones:** Aunque el tratamiento tradicional en quistes esplénicos grandes y/o sintomáticos es la esplenectomía total, en la práctica sólo se emplea en casos donde los tratamientos conservadores están contraindicados. La tendencia actual es a realizar tratamientos más conservadores, como esplenectomías parciales o quistectomías. Se aconseja, siempre que sea posible, el tratamiento mediante laparoscopia, que disminuye el tiempo de intervención, implica un menor sangrado, reduce el tiempo de convalecencia y el dolor postoperatorio, y proporciona un resultado final más estético. Al tratarse de una cirugía mínimamente invasiva conlleva una menor estancia hospitalaria y carece de la morbilidad asociada a la laparotomía. Pero en nuestro hospital al no contar con servicio de laparoscopia, aun la esplenectomía abierta sigue siendo la primera opción con muy buenos resultados.

26

QUISTE NO PARASITARIO DEL BAZO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Miroslava Solórzano Patiño, García HJC, Lijo NA, Buenrostro PFJ, Ramírez RE. Servicio de Cirugía del Hospital General Tacuba ISSSTE, Ciudad Satélite, Edo. de México

Introducción: Los quistes no parasitarios del bazo, son padecimientos poco frecuentes, sin embargo descritos con mayor frecuencia en la literatura, la mayoría en forma anecdotica. Existe confusión en cuanto a su etiopatogenia, principalmente generada a partir de la clasificación antigua que se basa en la presencia o no de una superficie epitelial. En cuanto a su sintomatología habitualmente se presentan en forma insidiosa, con síntomas vagos, como sensación de tumoración abdominal, así como los asociados a la compresión de órganos vecinos. A continuación presentamos un caso en el que se logró documentar un quiste no parasitario, en una paciente dentro de un hospital de segundo nivel. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 39 años de edad, quien acude por la consulta externa, por presentar cuadro de aproximadamente 1 año de evolución caracterizado por tumoración abdominal no dolorosa, en hipocondrio izquierdo y mesogastrio, asociado a pérdida de peso, de aproximadamente 6 kg, así como sensación de plenitud postprandial temprana. A la exploración se corrobora la presencia de dicha tumoración misma que se documenta con tomografía axial computada, siendo esta de características quísticas a expensas del bazo. Se realiza protocolo preoperatorio, y se programa procedimiento quirúrgico, encontrándose un quiste gigante del bazo, que ocupa el hilio esplénico, por lo que se realiza esplenectomía y resección del quiste. Al estudio histopatológico se reporta únicamente la presencia de epitelio esplénico, sin datos de malignidad. La paciente evoluciona satisfactoriamente sin ninguna complicación en el postoperatorio mediano ni tardío. **Conclusiones:** Los quistes no parasitarios del bazo, son padecimientos poco comunes, pero que sin embargo debemos tener presentes, diagnosticar a tiempo y evitar sus posibles complicaciones, entre las que están descritas, la ruptura traumática del mismo asociada a peritonitis química, motivo por el cual decidimos presentar este caso clínico.

27

HEMATOMA ESPLÉNICO TARDÍO POSTRAUMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Oscar Gilberto Ruvalcaba Castañeda, Preciado AN, Andrade OCA, Mendoza MF, Camacho LMR, Montañez SLG, Ortiz VMP, Abrego VJA, Palomares UR, Sánchez CO. Cirugía General, Centro Médico Nacional de Occidente IMSS. Guadalajara, Jal.

Introducción: El trauma es la principal causa de muerte dentro de las primeras cuatro décadas de la vida. El trauma abdominal está presente en 13 a 15% de todos los accidentes fatales y representa hasta el 44% de las muertes tardías asociadas a lesiones abdominales graves. El bazo es el segundo órgano afectado en los casos de traumatismo abdominal, representando del 25 al 40% en trauma contuso y 2 a 4% en trauma penetrante con una tasa de mortalidad del 10%. La manifestación clínica más frecuente es inestabilidad hemodinámica acompañada de datos de abdomen agudo, a excepción de los hematomas subcapsulares o intraparenquimatosos localizados, manifestándose asintomático y sin datos de complicación abdominal. Existen reportes en la literatura de casos en que se produce ruptura esplénica tardía generando un hematoma subcapsular que gradualmente aumenta de tamaño hasta llegar a vencer la resistencia de la cápsula produciendo una hemorragia intraperitoneal y que adquiere grandes proporciones. Este tipo de complicación tardía ocurre en el 15% de las rupturas esplénicas, produciendo sintomatología hasta 30 días posteriores al traumatismo. Existe solamente un caso reportado en que la ruptura esplénica ocurre dos años posteriores al trauma. En los casos de lesión

esplénica aislada y estabilidad hemodinámica pueden ser manejados de manera conservadora. Posteriormente debe continuarse con seguimiento por medio de imágenes y con indicación de actividad física restringida ante el riesgo de ruptura esplénica tardía. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 16 años de edad el cual acude a la consulta externa de dermatología por presentar manchas blanquecinas en extremidades superiores las cuales no causan ninguna sintomatología, motivo por lo que se pide la valoración por parte de nuestro servicio. Al interrogatorio se refiere la presencia de dolor abdominal ocasional sin asociarse a ninguna actividad o evento; refiere plenitud temprana, no cambios en el hábito intestinal ni pérdida ponderal, fiebre o debilidad. A la exploración física abdomen blando, presencia de elevación regular, se palpa tumoración en hipocondrio izquierdo la cual limita hasta mesogastrio y flanco izquierdo, 20 centímetros de diámetro, dura, fija a planos profundos, delimitada, con matidez a la percusión, indolora, rebote negativo. Los estudios de complementación diagnóstica muestran en la radiografía de tórax elevación del hemidiafragma izquierdo; la radiografía de abdomen muestra desplazamiento del colon transverso y demás vísceras; el ultrasonograma abdominal reporta tumoración dependiente de bazo la cual muestra características quísticas, al realizar el ultrasonograma doppler se reporta sin presencia de flujo sanguíneo. La tomografía axial computada de abdomen muestra tumoración dependiente de bazo la cual es de 25 centímetros de diámetro, sin evidencia de líquido libre ni colecciones. El gamma grama muestra datos de tejido esplénico funcional. Debido a los datos mencionados se realiza interrogatorio dirigido, refiriendo haber sido golpeado desde hace un año, recibiendo varios traumatismos abdominales cerrados sin recibir atención médica posterior, cursando buena evolución clínica y sin presencia de datos de hemorragia o de bajo gasto. Se decide someter al paciente a laparotomía exploradora refiriendo como hallazgos quirúrgicos hematoma esplénico contenido de 25 x 20 centímetros, con presencia de sangre coagulada y sin datos de infección; tejido esplénico ausente; se practica corte sagital del mismo encontrando múltiples calcificaciones, realizando esplenectomía. **Conclusiones:** El hematoma esplénico tardío post traumático es una entidad clínica infrecuente, sin embargo con el antecedente de trauma abdominal deberá ser investigado y considerar su diagnóstico ante la sospecha de esta complicación tardía.

MÓDULO: CIRUGÍA BARIÁTRICA

28

PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA E INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL SOMETIDO A BYPASS GÁSTRICO PARA INICIAR PROTOCOLO DE TRANSPLANTE RENAL. REPORTE DE UN CASO
 David Arizpe Femat, Ortiz RM, Méndez PJ, Alonso RJ, Márquez TS, Zamudio GC, Molina FE, Marquie LA. Servicio de Cirugía General, Hospital UMAE 25 IMSS, Monterrey N.L.

Introducción: La insuficiencia renal crónica terminal es una enfermedad devastadora y un problema de salud pública importante. Los pacientes con insuficiencia renal crónica tienen una pobre calidad de vida y una esperanza de vida menor comparada con individuos de la misma edad en la población general. La hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante renal son las tres opciones de reemplazo renal. Este último es el tratamiento preferido para el tratamiento de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) debido a que mejora no solo la sobrevida del paciente sino que tiene un impacto favorable sobre la calidad de vida. Entre las principales causas de pérdida de injerto renal están la disfunción crónica del injerto y la muerte del paciente, frecuentemente relacionadas con padecimientos cardiovasculares. La disfunción crónica del injerto comprende un proceso fisiopatológico complejo que involucra factores inmunológicos y no inmunológicos. Entre estos últimos se incluyen la hipertensión, dislipidemia, obesidad, proteinuria y la diabetes post trasplante. El aumento en el índice de masa corporal (IMC) está asociado con hipertensión y diabetes mellitus, las dos principales causas de insuficiencia renal crónica. Por lo tanto el entendimiento de la relación causal entre el IMC y la enfermedad renal independiente de estos factores de riesgo es difícil. Sin embargo la disminución en el IMC reduce la tensión arterial, es efectivo en prevenir diabetes mellitus, y puede reducir el desarrollo y la progresión de la enfermedad renal. **Reporte del caso:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 46 años de edad con Insuficiencia Renal Crónica Terminal secundaria a nefroangiokeratosis hipertensiva de 2 años de diagnóstico; en terapia sustitutiva mediante hemodiálisis 3 veces por semana, superobeso con una talla de 1.64mts, peso de 137kg y un IMC 51 sometido a cirugía bariátrica como medida para mejorar sus condiciones generales y hacerlo el candidato ideal para trasplante renal. Se efectúa bypass gástrico abierto en Y de Roux realizando reservorio gástrico de 30cc con enrapadora bariátrica 90mm, gastroeyuno- anastomosis manual de asa alimentaria a 120cm de ligamiento de Treitz retrocólica, antegástrica. Asa biliopancreática a 60cm de ligamiento de Treitz. Durante el postoperatorio mediato el paciente presentó 3 eventos de sangrado de tubo digestivo alto todos relacionados con las sesiones de hemodiálisis las cuales remitieron con manejo conservador. Actualmente el paciente presenta un peso de 92 kg IMC 32.8, continua

con 3 sesiones de hemodiálisis a la semana a través de fistula arteriovenosa pero con mejoría importante en los flujos y ha suspendido los medicamentos antihipertensivos.

Conclusiones: Los pacientes con obesidad mórbida no son los candidatos ideales para trasplante renal ya que sus condiciones metabólicas y la morbilidad postoperatoria ocasiona la pérdida del injerto renal en un gran número de los casos y consideramos que la cirugía bariátrica representa una herramienta muy útil para mejorar la calidad de vida del paciente y la funcionalidad del injerto. Actualmente la tasa de complicaciones por cirugía bariátrica es del 1 al 5%, lo cual es mínimo comparado con las complicaciones de la obesidad aunada a la insuficiencia renal crónica y consideramos que este procedimiento debe implementarse con mayor frecuencia para aumentar así el número de potenciales receptores renales.

29

SÍNDROME DEL «BASTÓN DE CARAMELO» EN BY-PASS GÁSTRICO POR LAPAROSCOPIA. PRIMER REPORTE EN ESPAÑOL DE UNA RARA COMPLICACIÓN.

Cesar Romero Mejía. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Tijuana SSA, Tijuana, B.C.

Introducción: La excesiva longitud del asa aferente sin función, en la construcción de la anastomosis gastroeyunal, puede ocasionar molestias en el epigastrio en pacientes sometidos a By-pass gástrico por obesidad mórbida. El propósito de este artículo es reportar la sintomatología, hallazgos radiológicos y forma de resolución de este raro problema. **Reporte del caso:** Se reporta el caso de una paciente sometida a By-pass gástrico por laparoscopia hace 2 años, que desde hace 6 meses se queja de dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Se describe las características del dolor y los resultados de la endoscopia superior, transito con medio de contraste y los hallazgos radiológicos. Se describe la técnica operatoria y forma de resección del segmento de yeyuno. Este manejo resolvió la sintomatología en forma completa. **Conclusiones:** Una asa larga en la Y de Roux agrandada y dilatada, puede ser la causa de náusea y dolor en epigastrio e hipocondrio izquierdo. Los cirujanos deben de atentar minimizar la redundancia del asa de la Y de Roux durante la cirugía primaria. Una vez establecido el diagnóstico, deberá de researse el tejido redundante y verificar que no exista alguna forma de oclusión distal. Este es el primer caso reportado en español y el cuarto en la literatura mundial.

30

CIRUGÍA BARIÁTRICA EXPERIMENTAL

José María Fregoso Ambriz, Sereno TS, González RNC, Rodríguez NJG, Fuentes FF, Soltero ALR, Hernández RR, Trujillo CJ, Orozco AMO. Servicio de Cirugía General, Hospital UMAE 145 IMSS, Guadalajara Jal.

Introducción: La obesidad constituye en la actualidad un gran problema de salud por los comórbidos con los que comúnmente se asocia y a la vez ocasiona serios problemas socioeconómicos. No respeta clase social, edad sexo o grupo étnico. Su frecuencia oscila entre el 30 al 40% de la población en general. El tratamiento del obeso debe ser individualizado y multidisciplinario. El objetivo de la cirugía bariátrica es reducir las calorías que eventualmente se convertirían en grasa corporal, mediante: la reducción de la absorción a través de técnicas de by-pass o la reducción gástrica con el bandeo. Freid en 1984 creó pequeñas bolsas gástricas con bandas de nylon. Coelho (1985) demostró con bandas de goretex poca efectividad y migración muy frecuente. Karstein (1985) encontró isquemia intensa en el área de la banda en gatos. Badurd (1987) en cerdos demostró poca baja de peso y alta incidencia de perforación. Kusmak la aplicó en humanos en 1991. **Objetivo:** Estudiar en un modelo animal la aplicación de la cirugía bariátrica y sus cambios histológicos. **Material y métodos:** Se operaron 10 perros, siguiendo los lineamientos de Freid, colocando banda elástica por vía laparoscópica. Se efectuó estudio histopatológico en todos los estómagos. **Resultados:** Por arriba y por debajo de la aplicación de la banda se encontraron cambios significativos. En el sitio en contacto con la banda todas las capas se encontraron adelgazadas. Los cambios más notorios se detectaron en la capa serosa, donde se encontró acumulo de tejido conectivo y fibrosis. **Conclusiones:** La cirugía bariátrica laparoscópica ocupa un lugar importante en la clínica y en el campo de la investigación. Algunos autores consideran que los procedimientos óptimos son las técnicas malabsortivas, sin embargo aunque muy efectivas para bajar de peso, no se debe perder de vista su alta incidencia de complicaciones postoperatorias y que aun se debe esperar estudios a largo plazo para determinar los efectos metabólicos resultantes de dichos procedimientos.

31

GASTRECTOMÍA EN MANGA Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN OBESIDAD MÓRBIDA

Gustavo Zenteno Guichard, Orea SJ, Cabrera OA, Servicio de Cirugía General, Hospital Betania Universidad de las Américas-Puebla, Puebla, Pue.

Introducción: La obesidad mórbida es un problema importante de salud pública en el mundo y México no es la excepción. La prevalencia de obesidad se ha incrementado de manera considerable en los últimos 20 años y las enfermedades asociadas con la obesidad de manera paralela también han sufrido cambios en su epidemiología. Es bien conocida la relación entre obesidad y litiasis biliar, se calcula que un paciente obeso presentara cálculos en la vesícula biliar entre el 40 al 50% en algún momento de su vida, y la prevalencia del diagnóstico al momento de la cirugía bariátrica oscila entre el 15 al 20%. Uno de los exámenes preoperatorios en todo paciente obeso debe ser el ultrasonido para evaluar las características del hígado y vesícula biliar y si se confirma el diagnóstico de litiasis la colecistectomía debe ser el tratamiento de elección en el mismo acto quirúrgico. Existen informes en la literatura sobre colecistectomía asociada con algún otro procedimiento bariátrico como el bypass, banda etc. con resultados favorables y sin aumentos en la morbimortalidad operatoria. **Objetivo:** Demostrar que el asociar colecistectomía a la Gastrectomía en manga no aumenta la morbimortalidad operatorias y que es un procedimiento quirúrgico seguro asociado a la cirugía de la obesidad. **Material y métodos:** Se analizaron los expedientes de 50 pacientes operados de gastrectomía en manga en 2 hospitales privados de la Ciudad de Puebla por el mismo grupo quirúrgico, de estos 50 casos a 5 se les realizó colecistectomía asociada. La colecistectomía se realizó al finalizar la gastrectomía. Estos 5 casos corresponden todos al sexo femenino de entre 25 a 40 años de edad. **Resultados:** Todas las pacientes fueron egresadas a las 48 h del postoperatorio, en ningún caso se incrementó la estancia hospitalaria, el uso de analgésicos postoperatorios no presentó algún cambio en relación al resto de los pacientes. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, el retiro del drenaje en todos los casos se realizó como normalmente lo hacemos en los pacientes con manga gástrica entre el 5to al 6to día del postoperatorio. Despues de los primeros 30 días de la cirugía en ningún caso se presentó complicación menor o mayor. **Conclusiones:** En nuestra serie 10% de nuestros pacientes tienen litiasis biliar al momento de la gastrectomía en manga y en estos casos hemos realizado colecistectomía asociada sin haber encontrado incremento en la morbilidad, mortalidad ni estancia hospitalaria. Nuestro grupo propone realizar colecistectomía selectiva a todos aquellos pacientes que sean sometidos a gastrectomía en manga.

MÓDULO: CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

32

ANGINA DE LUDWIG COMO CAUSA DE MEDIASTINITIS

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

Introducción: En 1836, el cirujano alemán Wilhem Friedrich von Ludwig realizó la primera descripción detallada de la enfermedad que ahora lleva su nombre, Ludwig caracterizó a la enfermedad como la «ocurrencia de un cierto tipo de inflamación de la garganta que, a pesar del tratamiento más hábil, casi siempre es fatal». En el año de 1997 Saftner define esta infección como una celulitis grave que por lo regular empieza en el espacio submandibular y secundariamente afecta también a los espacios sublingual y submental. No se considera a la enfermedad como verdadera angina a menos que todos los espacios submandibulares se encuentren afectados. Así mismo demostró que una lesión dental era el factor principal en 90% de los casos agregando que los segundos y terceros molares, son los dientes que con más frecuencia son la fuente de la infección, debido a que los ápices de los molares están situados por debajo del borde milohioideo en el 65% de los casos. Esta infección afecta principalmente a la población en edad productiva, principalmente adultos jóvenes, con una relación hombre: mujer 1.5:1, y población socioeconómicamente media. En el proceso de infección ocurren cuatro estadios: 1) inoculación, polimicrobiana (estreptococos viridans, estafilococos aureus, bacteroides), 2) Celulitis, dolor, induración, rubicundez, calor local, 3) Formación de absceso, 4) Resolución, en la cual si no es tratado ocurre la final ruptura espontánea del absceso. Como factores predisponentes se encuentran diabetes mellitus, desnutrición, alcoholismo, inmunodeficiencias, además cáncer de cuello y garganta. Los signos y síntomas que principalmente se presentan son: fiebre superior a 40°C, malestar general, pulso acelerado, respiración rápida por dificultad respiratoria, disfagia, odinofagia, hipersalivación, trismus, principalmente. En el diagnóstico la historia clínica es fundamental, la imagenología está basada en radiografías simples, TAC, ortopantograma e IRM. El tratamiento está enfocado en tres aspectos fundamentales: 1) Terapia antimicrobiana agresiva, 2) Proteger y mantener la vía aérea, 3) Drenaje quirúrgico. Las complicaciones que se pueden presentar son: Mediastinitis, Empiema Torácico, Absceso de vaina Carotídea, Tromboflebitis Séptica, Trombosis del Seno Cavernoso, Absceso Encefálico, Meningitis, SIRA, Choque. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 24 años de edad el cual inicia su padecimiento actual 2 días previos a su ingreso a la unidad de trauma y choque, presenta inicialmente dolor dental en cuadrante inferior derecho el cual fue aumentado de intensidad de forma progresiva rápida, con la subsiguiente presencia de edema importante, es manejado en forma empírica únicamente con antiinflamatorio, dos horas previo a su ingreso, presenta polipnea, taquicardia, salivación. El paciente ingresa a unidad de trauma y cho-

que encontrándose a la exploración física con FC 130X', FR 34X', TA 130/100 mmHg, neurológico con Glasgow de 10 puntos, a nivel de cuello se encuentra con edema importante a nivel de triángulo submaxilar y submentoniano principalmente lado derecho, así como hiperemia, saturación por oximetría de pulso al 65%, por lo cual se da manejo definitivo de la vía aérea con intubación orotraqueal un total de 3 intentos, ya presenta edema importante de las estructuras del cuello, se inicia manejo antimicrobiano a base de Ciprofloxacinio más Clindamicina, se realiza manejo quirúrgico de urgencia para drenaje de absceso, en el cual se encuentra en espacio submentoniano, sublingual y submaxilar, con comunicación hasta mediastino, posteriormente se ingresa a unidad de terapia intensiva, se realizan cultivos, donde se encuentra presencia de Estafilococo hemolítico, Estafilococo coagulasa negativo, Pseudomonas y Bacteroides, se continúan curaciones por irrigación, presenta a las 24 hrs datos de Mediastinitis, así como empiema bilateral, por lo cual se realiza colocación de sondas endopleurales de forma bilateral, con el drenaje de aproximadamente 850 cc de material purulento, a las 72 hrs se retiran ambas sondas endopleurales por presentar en controles radiográficos adecuada re-expansión pulmonar y no evidencia de colecciones intratorácicas, así mismo el edema de tejidos blandos presenta fase de resolución, con la subsiguiente mejoría de la vía aérea, por lo cual se extuba paciente al 6to día quedando únicamente con apoyo por mascarilla, se continúan curaciones por irrigación, presentado tejido de granulación con escaso exudado purulento, es egresado del servicio de UTI, se cumplen esquemas antimicrobianos, se continúa cierre por segunda intención, se egresa al día 12 de estancia hospitalaria. **Conclusiones:** La Angina de Ludwig como inicialmente fue descrita, es una entidad rápidamente progresiva, la cual de no proveer el manejo adecuado puede de tener un desenlace fatal, actualmente con el desarrollo tan importante de los antimicrobianos, las técnicas quirúrgicas depuradas, y el apoyo tan importante de las Unidades de Terapia Intensiva, la mortalidad a disminuido de forma muy importante, ya que inicialmente se encuentran reportes de mortalidad de hasta un 60%, y actualmente se encuentran del 2-8%. Así mismo en el tratamiento integral no se debe olvidar el tratamiento directo al problema odontológico, como ya está descrito es el responsable de más del 60% de esta entidad y su adecuada y pronta resolución se van a ver reflejos en la disminución de la estadía intrahospitalaria del paciente.

33

LINFOMA MALT DE LA GLÁNDULA SUBMANDIBULAR DERECHA EN LA ENFERMEDAD DE SJÖGREN

Ismael Quezada Adame, Medina-Villaseñor EA, Jiménez BS, Rosario CM, Espinosa PA, Aboites L JL, Lozano MI, Neyra OE, Alarcón VMA. Servicio de Cirugía Oncológica. www.oncologabetania.com Centro Oncológico BETANIA, México D.F.

Introducción: La enfermedad de Sjögren tiene un origen autoinmune y se presenta más frecuentemente en cabeza y cuello. Quien la padece tiene riesgo elevado de presentar linfomas, entre ellos el MALT que es el tipo de linfoma primario de glándula salival más frecuente. La glándula salival más comúnmente afectada es la parótida, seguida de la submandibular. El diagnóstico es histopatológico y se basa en el examen completo del espécimen ya que es posible que la enfermedad se encuentre inicialmente limitada a algunas zonas de la glándula. El tratamiento es la escisión de la glándula y se complementa con adyuvancia (QT o RT) de acuerdo a la etapa clínica. Presentamos un caso. **Reporte del caso:** Femenino de 83 años sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual que inició 8 años previos con aumento de volumen en región submaxilar predominio derecho, recibiendo múltiples tratamientos con antibiótico, sin mejoría. Acude por aumento de volumen de glándula submandibular de 3 meses de evolución, de forma bilateral, xerostomía, astenia, adinamia, pérdida de peso. A la EF tumor bilateral submandibular de 3 cm, indurado, bordes irregulares, sin datos de adenopatías cervicales, tiroides de tamaño, y forma normal, tráquea central y desplazable. USG cambios bilaterales a nivel submaxilar y a nivel del espacio carotídeo, con áreas hipoecocicas de aspecto ovalado, múltiples que tienden a la confluencia. TAC de Cuello: Glándulas parótidas y submaxilares, de aspecto nodular con pequeñas imágenes hipodensas internas, que sugieren proceso infiltrativo. BAAF glándula submandibular: Alteraciones inflamatorias crónicas moderadas inespecíficas. Se programa para disección selectiva de cuello suprahomoioidea por siloadenitis crónica. Se realiza vaciamiento submandibular bilateral, encontrando glándula salival submandibular derecha aumentada de tamaño, con múltiples adenopatías de aprox 5-10 mm. No hubo complicación postoperatoria y se egresó a su domicilio con drenaje cerrado el cual se retiró a los 11 días. **Reporte de patología:** lesión conformada por sustitución del parénquima glandular por folículos linfáticos prominentes, con centro germinal bien desarrollado, de distintos tamaños. Se identifica un nódulo de 0.5 cm de diámetro con células linfoides de aspecto neoplásico y核olos evidentes, esta lesión no se observa en los bordes quirúrgicos. DX. Linfoma originado en glándula con enfermedad de Sjögren, se realizó inmunohistoenzimática reportando Linfoma MALT de la glándula salival submandibular. La paciente recibió 6 ciclos de quimioterapia con ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, con buena tolerancia, sin datos de toxicidad. **Conclusiones:** El diagnóstico preoperatorio del linfoma MALT por BAAF

en glándula submandibular es difícil debido a la localización limitada de la enfermedad a ciertos focos en la etapa inicial, sin embargo, cuando se tiene duda diagnóstica por los hallazgos tomográficos, está indicada la escisión de la glándula con vaciamiento submandibular para lograr ausencia de enfermedad en bordes quirúrgicos, sin olvidar que la complementación con RT o QT es necesaria para un tratamiento oncológico óptimo.

34

PAROTIDECTOMÍA EN SÍNDROME DE SJÖGREN

Ismael Quezada Adame, Medina-Villaseñor EA, Jiménez BS, Rosario CM, Espinosa PA, Aboites LJL, Lozano MI, Neyra OE, Alarcón VMA. Servicio de Cirugía Oncológica. www.oncologabetania.com Centro Oncológico Betania, México D.F.

Introducción: El síndrome de Sjögren es una enfermedad sistémica autoinmune caracterizada por la inflamación crónica de las glándulas salivales y lacrimales que frecuentemente se acompaña de síntomas sistémicos. Se ha encontrado un mayor riesgo de desarrollo de linfomas en cabeza y cuello, principalmente en glándulas salivales en los pacientes que la padecen. La más comúnmente afectada es la parótida. El estándar diagnóstico de la enfermedad es la biopsia de labio, sin embargo la biopsia de parótida ha demostrado buenos resultados aunque se usa poco por el temor a la lesión del nervio facial o del conducto salival. El tratamiento generalmente no es quirúrgico a menos que haya infección frecuente, abscesos, deformidad o sospecha de malignidad y se basa en la parotidectomía con preservación del nervio facial. La incidencia de parálisis facial es de menos del 2% aunque una paresia del mismo que remite al año puede encontrarse hasta en un 40% de las cirugías. Presentamos un caso. **Reporte del caso:** Femenina de 53 años, casada, originaria de Michoacán, residente de Apizaco Tlaxcala. Antecedente de madre con HAS, DM. Abuela paterna finada Ca Gástrico. Histerectomía y SOB a los 40 años. Diabetes Mellitus de 3 años de evolución en control con Glibenclamida y Metformina. Lupus eritematoso sistémico de 3 años sin tratamiento médico. Hipotiroidismo idiopático de 3 años evolución en tratamiento con Levotiroxina 125 mg/día. Padecimiento de 4 meses con aumento de volumen en región parótidea izquierda, con crecimiento paulatino, en ocasiones dolor de tipo punzante; el aumento de volumen ocasiona deformidad; niega xerostomía. A la EF glándula parótida aumentada de tamaño, consistencia dura, bordes bien delimitados, fija, sin presencia de ulceración, sin evidencia de adenopatías cervicales. Ultrasonido: parótida izquierda aumentada de tamaño, de contornos regulares, ecotextura homogénea, discretamente aumentada, no se observa aumento en la vascularidad. TAC: glándula parótida izquierda aumentada de tamaño. BAAF parótida: tumor linfoepitelial de la glándula parótida. Se realizó parotidectomía superficial, sin ningún incidente, con preservación de todas las ramas del nervio facial, sin lesión nerviosa. En el postoperatorio no se encontró paresia del nervio facial. Reporte histopatológico: Sustitución del parénquima glandular por folículos linfáticos prominentes, con centro germinal bien desarrollado. DX Enfermedad de Sjögren. **Conclusiones:** La enfermedad de Sjögren no es un diagnóstico común en la patología de la glándula parótida. Antes de pensar en ella se deben descartar los tumores más frecuentes de la glándula que son el adenoma pleomorfo y cistadenoma papilar linfomatoso dentro de los benignos al igual que el mucoepidermoide dentro de los malignos. Sin embargo, ante un reporte de tumor linfoepitelial por BAAF, se debe pensar en la asociación con Sjögren y de acuerdo a las características clínicas del paciente decidir si el tratamiento quirúrgico es lo indicado. En tal caso se realizará la parotidectomía superficial con preservación del nervio facial esperando un bajo índice de complicaciones en manos expertas.

35

LINFOMA PARÓTIDA NO ASOCIADO A SÍNDROME DE SJÖEGREN

Efraín Absalón Medina Villaseñor, Quezada-Adame I, Aboites LJ, Rosario CM, Espinosa PA, Jiménez BS, Escobar GM, Lozano MAI, Neyra OE, Alarcón VMA. Servicio de Cirugía Oncológica, Centro Oncológico BETANIA, Los Reyes la Paz, Estado de México

Introducción: Los linfomas de la parótida son neoplasias raras, que corresponden al 8% de todos los tumores de la parótida, pueden ser la manifestación inicial de la enfermedad. Los linfomas primarios pueden estar asociados con inmunosialoadenitis crónica (linfomas linfoepiteliales benignos o Síndrome de Sjögren). En su mayoría son de la variedad no Hodgkin, los síntomas son una masa palpable dolorosa, de crecimiento rápido, con adenopatías cervicales, en ocasiones es difícil establecer el diagnóstico correcto en el preoperatorio. **Reporte del caso:** Fem. de 97años, sin antecedentes de importancia. Padecimiento 30 días con aumento de volumen hemicuello derecho a nivel submandibular, asociado a pérdida de peso, con crecimiento paulatino y posteriormente tumor en glándula parótida. En la valoración inicial se encontró un tumor en región de la parótida derecha con extensión hacia región submandibular, de consistencia pétrea, y adenopatía en cervical II y III. TAC neoformación en cuello derecho en relación

a tumor submandibular. En la consulta de primera vez se toma biopsia con aguja fina (BAAF) de la glándula parótida y de la región submandibular. Se cita a la paciente a los 30 días, para entrega de estudios preoperatorios y reporte de patología, clínicamente con crecimiento rápido del tumor de la parótida que ocasiona dolor, deformidad y parálisis facial, con ganglios palpables en cuello nivel II, III. El reporte de la BAAF parótida: lesión maligna epitelial compatible con primario en glándula salival. Por lo que se programa para cirugía parotidectomía total por tratarse de tumor maligno de la glándula salival. Se realiza Parotidectomía total con sacrificio del nervio facial por encontrarse clínicamente afectado y con invasión franca en los hallazgos transoperatorios, se realiza injerto del nervio utilizando el nervio auricular mayor. Así mismo se realizó disección radical de cuello de los niveles I, II, III. La paciente sin complicaciones perioperatorias, se egresó a las 48 hrs del postoperatorio, en buenas condiciones generales, con parálisis de la rama mandibular del nervio facial, con evolución favorable, el drenaje se retiró a los 12 días del postoperatorio, sin presentar complicaciones mayores. El reporte definitivo de patología Linfoma no Hodgkin de Células Grandes de la glándula parótida. La paciente fue valorada por el servicio de Quimioterapia quien etapifica como EC IIA, recibió 6 ciclos con Ciclofosfamida 900 mg, Vincristrina 1.9 mg, Adriamicina 70 mg, con buena tolerancia, respuesta clínica adecuada, actualmente sin datos de actividad tumoral. **Conclusiones:** Los linfomas de la glándula salival son neoplasias raras, existe predilección por la glándula parótida en más del 90%, debido al abundante tejido linfático en el parénquima glandular. La mayoría son tipo no Hodgkin (80%) y se presentan más frecuentemente asociados con síndrome de Sjögren. Estos tumores responden al tratamiento con radioterapia o quimioterapia, sin embargo es difícil distinguirlos de otros tumores benignos o malignos en el preoperatorio. Por tanto la parotidectomía tiene su papel en el diagnóstico de estas neoplasias, aunque se ha reportado riesgo aumentado en la morbilidad debido a la característica de infiltración difusa de esta enfermedad. En tumores de parótida se debe hacer una evaluación extensa en el preoperatorio, los linfomas primarios deben sospecharse en caso historia de enfermedad autoinmune, tumor palpable doloroso, con lesiones bilaterales, múltiples o pobremente diferenciadas asociado con linfadenopatías cervicales.

36

PAROTIDECTOMÍA SUPERFICIAL EN EL CARCINOMA *IN SITU* DE PARÓTIDA, REPORTE DE UN CASO

Oliver Albores Zúñiga. Servicio de Oncología Quirúrgica, Hospital Privado San José, Celaya Guanajuato

Introducción: Los tumores de la glándula salival constituyen un grupo de neoplasias clínicas y morfológicamente diversos, que pueden presentar retos significativos en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. Estos tumores son poco comunes con una incidencia general de aproximadamente 2.5 casos a 3.0 casos por cada 100,000 por año en el mundo occidental. Las neoplasias malignas de la glándula salival constituyen más de 0.5% de todos los cánceres y aproximadamente 3% a 5% de todos los cánceres de la cabeza y el cuello. Habitualmente el grupo de edad afectado oscila entre los 60 a 70 años. La etiología hasta el momento no pude ser determinada, existen factores de riesgo como son la radiación ionizante, las ocupaciones laborales como la manufactura de productos de caucho, minería de asbestos, plomería y algunos tipos de carpintería o ebanistería. Las neoplasias de las glándulas salivales se divide en mayores (parótida, gl. Sublingual, gl. Submandibular) y las glándulas menores (por ejemplo, mucosa oral, paladar, úvula, piso de la boca, lengua posterior, área retromolar y área peritonilar, faringe, laringe y senos paranasales). Más de 50% son benignos y aproximadamente de 70% a 80% de estas neoplasias se originan en la glándula parótida. El paladar es el lugar más común donde se presentan los tumores pequeños de la glándula salival. La frecuencia de lesiones malignas varía acorde al lugar de presentación. Aproximadamente de un 20% a un 25% de los tumores de la parótida, de 35% a 40% de los tumores submandibulares, 50% de los tumores del paladar y más de 90% de los tumores de la glándula sublingual son malignos. El cáncer *in situ* de la glándula parótida es poco frecuente oscila entre un 1% de todas las lesiones malignas de la misma, así también la histología ductal es menor al 5% de todas las neoplasias malignas. **Reporte del caso:** Mujer de 52 años originaria y residente de Celaya, Gto. Niega antecedentes oncológicos. Refiere ser diabética tipo II, de 5 años de evolución, controlada con hipoglucemante oral glibenclamida 500 mg cada 12 hrs., sin otras patologías agregadas. Inicio su padecimiento actual hace 8 meses con presencia de aumento de volumen a nivel de región preauricular derecha, sin algún síntoma agregado, hasta una semana antes de la consulta presentó parestesias de la región preauricular derecha y dolor. Niega pérdida de peso. A la exploración conciente, tranquila, tumor de 2 x 1 cm en región preauricular derecha doloroso a la palpación, fijo a tejidos blandos, no hay signos de parálisis facial, cuello negativo a adenopatías, tórax simétrico, sin alteraciones, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, sin visceromegalias, extremidades sin lesiones que comentar. Reporte de BAAF. Carcinoma. Se procede a realizar parotidectomía superficial con estudio transoperatorio para márgenes y lecho; reportándose: Carcinoma

Ductal *in situ* de la parótida, bordes libres de tumor. Se cierran planos previa colocación de drenaje. A 6 meses del tratamiento la paciente se encuentra estable. **Conclusiones:** El carcinoma ductal de las glándulas salivales mayores es una entidad rara, que cuando se encuentra *in situ* el porcentaje de curación es del 100% con la parotidectomía superficial. No necesita más tratamiento. En su espectro invasor el comportamiento es similar al carcinoma ductal de la glándula mamaria por lo cual el tratamiento multimodal es la mejor opción.

37

ADENOMA PARATIROIDEO EN PACIENTE CON LITIASIS RENAL DE REPETICIÓN CON HIPERCALCEMIA PERSISTENTE

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

Introducción: El adenoma paratiroideo es una lesión benigna que compromete a una de las cuatro glándulas y se manifiesta con signos de hipoparatiroidismo primario. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, el laboratorio revela hipercalcemia y aumento de los niveles séricos de hormona paratiroidea. El tratamiento quirúrgico consiste en la exéresis del adenoma y es la conducta más adecuada. Para ello es fundamental la localización preoperatoria del mismo y la ecografía determina cuál de las cuatro glándulas paratiroideas es la afectada por la presencia de una imagen sólida hipoeocoica en relación al tejido tiroideo circundante y de aspecto homogéneo; esto es debido a la hipercelularidad de la lesión con escasas interfases acústicas. Su tamaño puede ser variable. El Doppler color demuestra la presencia de vasos a nivel del hilio y en ciertas ocasiones puede observarse hipervascularización del adenoma. El centelograma radioisotópico con MIBI es el método de estudio que tiene los mejores resultados en esta patología. **Reporte del caso:** Femenino de 58 años, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, cardiopatía mixta, hipotiroidismo primario todos en tratamiento médico. Quirúrgicos por eterolitotomía en 2 ocasiones, colecistectomía. En estudio por litiasis de repetición, presenta hipercalcemia en determinaciones seriadas última de 13.1 mg/dl previo a la cirugía, niveles séricos de paratohormona en 813 pg/ml; la densitometría ósea reporta disminución de la densidad mineral en fémur proximal. El gammagrama con Tecnicio 99-S MIBI reporta Adenoma Paratiroideo en topografía de la región media inferior de lóbulo derecho tiroideo. Se realiza resección de gran adenoma, con buena evolución postquirúrgica. **Conclusiones:** Aunque la presentación de este tipo de tumoraciones es poco frecuente se debe pensar en ella en pacientes con hipercalcemia persistente en los que se han descartado otras causas de esta elevación como en el caso de esta paciente. Y debido a las grandes dimensiones, con las que se puede encontrar, debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial para patología dependiente de la glándula tiroidea.

38

ADENOMA PLEOMORFO DE PARÓTIDA. REPORTE DE CASO

Braulio Aarón Crisanto Campos, Hernández AV, Núñez VD, Vega CJ, Crisanto CE. Servicio de Cirugía General, Hospital General de México SSA, México D.F.

Introducción: Epidemiología: El 80% de los tumores que afectan a las glándulas salivales corresponden a tumoraciones parótidas, 10% a tumores de las glándulas submaxilares, 9% glándulas salivales menores (> 50% glándulas palatinas) y 1% glándulas sublinguales. Histológicamente 20% de los tumores parótidos, 45% de los tumores submaxilares y de glándulas menores, y 90% de los tumores de las glándulas sublinguales son malignos. Generalmente unilaterales. Etiología: No se han identificado factores de riesgo específico o carcinógenos en este tipo de tumores, exceptuando las irradiaciones previas. Anatomía patológica: El tumor más frecuente es el adenoma pleomórfico, tumor benigno de parótida. En caso de predominar los componentes epiteliales y la estroma mixoide, el nódulo es blando, simulando un quiste, mientras que cuando predominan las partes cónoides su consistencia es dura. Cuadro clínico: Se manifiesta clínicamente en forma de nódulo indoloro, situado en el lóbulo superficial de la glándula, debajo de la piel, sin sintomatología asociada. Diagnóstico: Citopatológico (BAAF) e histopatológico. Tratamiento: Siempre es quirúrgico (parotidectomía superficial), dado que existe la posibilidad de malignización. Pronóstico: Son frecuentes las recidivas locales. **Reporte del caso:** EPAM, femenino de 60 años. Inicia hace 6 años con aumento de tamaño en región retroauricular izquierda, que fue aumentando progresivamente, no dolorosa, sin cambios de coloración, ni temperatura, sin otra sintomatología acompañante. Exploración física cabeza y cuello con aumento de volumen en región pre y retroauricular izquierda, de aprox. 5 x 4 x 3 cm, de consistencia dura, fija, no móvil, no dolorosa, de bordes regulares, bien delimitada. BAAF: Tumor mixto de glándula salival. US: Conglomerados ganglionares en región auricular izquierda de origen a determinar, con una masa mayor de aspecto sólido de probable dependencia parótidea izquierda. TAC: Tumoración isodensa, heterogénea de región parótidea izquierda probable adenoma. Dictado quirúrgico: Diagnóstico pre y postoperatorio:

Tumor parótideo izquierdo. Cirugía programada y realizada: Parotidectomía superficial. Reporte Histopatológico: Adenoma pleomorfo. **Conclusiones:** Neoplasia benigna de baja incidencia con un tratamiento quirúrgico curativo no carente de complicaciones como la lesión de las ramas de nervio facial, así como un buen pronóstico con bajo índice de recidivas (19.5%).

39

QUISTE BRANQUIAL. REPORTE DE UN CASO

Jorge Favio Lezama De Luna, Velasco GJ, Villegas CO. Servicio de Cirugía General, Hospital San José Tec de Monterrey, Monterrey Nuevo León

Introducción: Antecedentes: Los quistes branquiales fueron descritos por primera vez por Von Ascherson en 1932. Se producen por trastornos del desarrollo embrionario del complejo branquial transitorio. Los quistes branquiales son tumoraciones esféricas, en ocasiones alargadas que se sitúan a lo largo de un trayecto o una hendidura branquial, los cuales se caracterizan por no tener una comunicación con la faringe. Se originan en el nivel de la segunda bolsa faríngea, aunque algunos autores describen que pueden originarse en la tercera bolsa faríngea o del seno cervical. La característica clínica generalmente es una tumoración en cuello de tamaño variable, localizada generalmente en la porción lateral del cuello. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica del quiste. Con resultados satisfactorios. **Reporte del caso:** Caso Clínico: Se trata de un paciente masculino de 21 años de edad (No. 4000113674), sin antecedentes médicos conocidos de importancia, el cual inicia su padecimiento siete días previos a su ingreso al notar una tumoración en cara lateral de cuello izquierdo de aproximadamente 4 x 5 cm renitente. Se realizó TAC de cuello, el cual reportó tumoración sólida compatible con una adenopatía cervical inflamada. El paciente no presentaba ninguna otra sintomatología asociada. Se decide programar para resección de tumoración más biopsia transoperatoria. El paciente cursó con un postoperatorio favorable y fue egresado al día siguiente de la cirugía. Anatomía Patológica: Quiste Branquial (07Q-5214) Hiperplasia linfoide benigna. **Conclusiones:** El quiste braquial es una lesión benigna del cuello. La cual suele manifestarse durante la adolescencia. Son producto de un remanente de bolsa braquial faríngea. Suelen manifestarse como la presencia de una tumoración en la porción lateral del cuello. Puede notarse hasta que ocasiona molestias como dolor a la movilización cervical. Es sin duda alguna una patología poco frecuente en nuestro medio, y forma parte del diagnóstico diferencial de una masa en el cuello. El tratamiento consiste en la resección de la tumoración con excelentes resultados.

40

QUISTE TIROGLOSO GIGANTE EN EL ADULTO MAYOR

Luis León Hernández Trejo, Ortega LL, Hernández CD, Bravo AE. Servicio de Cirugía General, Hospital General de México O.D. SSA, México D.F.

Introducción: El quiste del conducto tirogloso es una patología frecuente en la primera década de la vida, sin embargo puede ser vista en cualquier edad, pero de menor frecuencia en el adulto mayor, ocurriendo en igual proporción en hombres que en mujeres; aunque los quistes del conducto tirogloso se presentan generalmente en niños, es importante entender que las lesiones se pueden presentar en el adulto también. Presentamos este caso debido a su forma inusual de presentación y particularmente debido a la espontaneidad del proceso, que nos conduce a sospechar la falta de obliteración del conducto tirogloso durante la etapa embrionaria. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 72 años la cual desde hace 2 años, presenta tumoración en cara anterior de cuello, con crecimiento progresivo que hasta hace 1 año presenta dolor punzante de intensidad moderada, odinofagia, disfagia progresiva, disnea de medianos esfuerzos; por ultrasonografía de cuello se reporta quiste tirogloso, se realiza biopsia por aspiración con aguja fina donde se reporta abundante material coloide, macrófagos espumosos, eritrocitos y cristales, lesión quística; se realiza tomografía simple y contrastada donde se reporta quiste del conducto tirogloso suprahioidio, glándula tiroidea normal. A la exploración física se encuentra tumoración de cara anterior cervical de 12 x 10 cm, blanda fluctuante móvil, renitente no pulsátil ni adherida a planos profundos, sin cambios de coloración o temperatura local, no dolorosa y con elevación de la lesión durante la deglución. Ingresa a nuestro servicio con resultados de laboratorios dentro de parámetros normales y se pasa a quirófano donde se realiza resección de quiste tirogloso de 12 x 11 x 10 cm, con técnica de Sistrunk, con material coloide turbio en su interior. **Conclusiones:** La presencia de un quiste tirogloso es el resultado de la falta de obliteración del conducto tirogloso durante la séptima semana de la etapa embrionaria, siendo poco frecuente en la edad adulta y la probabilidad de malignización es menor del 1%, por lo que presentamos este caso para tomar en consideración esta patología en el adulto mayor.

41

TUMOR GIGANTE DE CÉLULAS DENDRÍTICAS INTERDIGITANTES EN CUELLO. REPORTE DE 1 CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marco Antonio Piscil Salazar, Velásquez GJA, Albores DNX, Bebía PF, Barón RCX, Serrano GI, Delgadillo TGH, Servín TE, Marmolejo EJ, Angulo FAA, Apaix AN. Servicio de Cirugía General, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. IMSS, México D.F.

Introducción: Las células interdigitantes abundan en nódulos linfáticos y bazo, se consideran más efectivas que otras para la activación inicial de linfocitos T-CD4. Actúan tanto en la respuesta inmune primaria, como en la secundaria. El sarcoma de células dendríticas interdigitantes es una neoplasia maligna sumamente rara y agresiva de los nódulos linfáticos. Puede presentarse en distintas etapas del desarrollo, desde niños a adultos con una media de edad de 46 años, generalmente es asintomático, su característica principal es la linfadenopatía y al examen físico el 42% de los casos se presentan en cabeza y cuello. El diagnóstico es histopatológico donde al examen microscópico se observan células ovales y de forma alargada que crecen en una amplia variedad de patrones. El diagnóstico en la actualidad se realiza mediante estudios histoquímicos con resultados positivos para CD 68, Proteína S100 y HLA DR. En contraste los estudios inmunohistoquímicos dan resultados negativos para CD1a, CD20, HMB45 y citoqueratina. El pronóstico es nefasto y hasta el momento no existe un régimen quimioterápico estándar, aunque se ha propuesto quimioterapia para linfomas no-Hodgkin (LNH) con respuestas variables al tratamiento aunque sin resultados alentadores. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 33 años, sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento hace 4 años con presencia de tumor exofítico a nivel de cuello de lado izquierdo de aproximadamente de 6 cm de diámetro al momento de la primera consulta, se realiza BAAF con reporte histopatológico no concluyente por lo que se realiza biopsia incisional del tumor diagnosticando LNH de células T periférico. Se inicia tratamiento con CEOP recibiendo 6 ciclos así como radioterapia sin respuesta favorable por lo que se trata con MINE, posteriormente DHAC sin obtenerse respuesta nuevamente por lo que se administra Gemcitabina + Carboplatino por 3 ciclos sin mejoría, como último recurso se programa para tumorectomía + rotación colgajo deltopectoral izquierdo encontrando tumor de cuello izquierdo de 10 cm de diámetro, sumamente vascularizado, infiltrando músculo esternocleidomastoideo, nervio auricular mayor y piel, sin afeción a vasos sanguíneos profundos. Presenta evolución postquirúrgica inmediata adecuada por lo que se egresa sin complicaciones. El reporte histopatológico definitivo concluye tumor de células dendríticas interdigitantes. **Conclusiones:** El tumor de células dendríticas interdigitantes es una patología maligna sumamente rara y agresiva cuyo cuadro clínico es inespecífico y hasta el momento no existe tratamiento quimioterápico o quirúrgico curativo, lo cual empeora su pronóstico. El caso presentado anteriormente es similar a los reportados en la literatura donde se demuestra que el diagnóstico clínico tiene un muy bajo índice de sospecha e incluso el diagnóstico histopatológico puede ser difícil ya que suele confundirse con LNH, lo cual interfiere con el tratamiento. Se ha propuesto el tratamiento quimioterápico para LNH para los tumores de células dendríticas interdigitantes, lo cual se administró a este paciente aunque sin buenos resultados. La falta de respuesta al tratamiento quimioterápico en cualquiera de sus variedades descritas para este tipo de tumores tiene consecuencias fatales.

42

TUMOR DE TEJIDOS BLANDOS CALCIFICADO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Silverio De La Peña Méndez, Ramírez CG, Ramírez RE, Guerra MJ, Trejo PJ, Pérez CHE, Lihó NA. Servicio de Cirugía General, Hospital General Tacuba ISSSTE, México D.F.

Introducción: La calcinosis tumoral es una enfermedad rara, caracterizada por depósitos de sales amorfas de calcio y cristales de hidroxíapatita en los tejidos blandos y es considerada dentro de las calcificaciones heterotópicas. Esta entidad fue descrita originalmente por Girad en 1898 y un año después por Duret. La calcinosis tumoral se ha descrito en pacientes sometidos a diálisis con una alteración en la homeostasis de calcio y fósforo y con una incidencia que parece aumentar actualmente en pacientes sometidos a hemodiálisis debido a los nuevos protocolos de tratamiento. Finalmente, pacientes que no tienen ninguna alteración en el metabolismo del calcio y fósforo, pueden presentar calcinosis en forma esporádica. **Reporte del caso:** Se trata de femenino de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica tratada con captotriptil, sin más antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento hace 10 años con presencia de tumoración en cara posterior de cuello, la cual ha estado aumentando de tamaño y actualmente produce dolor, con limitación a la flexión del cuello, motivo de consulta. A la exploración física se encuentra con tumoración en cara posterior de cuello, profunda, fija a planos profundos, de bordes regulares, dura, no dolorosa, de aproximadamente 5 X 5 cm. No existen ganglios palpables en cuello. No hay cambios macroscópicos en la piel. Resto de exploración normal. USG del 10/04/08 con diagnóstico de lipoma cervical, radiografía lateral de cuello con tumoración calcificada de aproximadamente 8 X 5 cm. Tomografía con tumoración calcificada de bordes irregulares, no fija a apófisis espinosas, no vascularizada. Laboratorios sin alteraciones. Se realiza cirugía el 17 de abril del 2008 con resultado de pato-

logía de angiopatía calcificado. **Conclusiones:** La calcificación de tumores de tejidos blandos es una enfermedad rara y en reporte de casos se ha asociado con alteraciones en el metabolismo de calcio y fosfatos. Algunos pacientes padecen de enfermedades crónicas que los predisponen a depósitos de calcio en estos tumores los cuales se asocian a benignidad. La enfermedad suele afectar a pacientes jóvenes entre la segunda y tercera década de la vida, aunque se han descrito casos de niños y adultos. Es más común en hombres, existe predisposición genética y afecta más a la raza negra. Es difícil hablar de su incidencia, aunque se considera que representa aproximadamente menos del 1% de los tumores calcificados de tejidos blandos. Se ha reportado que muchos pacientes tienen como antecedente traumatismo previo. En nuestro caso la paciente no presentaba ningún antecedente de importancia por lo que hace más interesante su rareza.

43

CÁNCER LARÍNGEO Y SU DISTINTA ETIOLOGÍA

Alina García Maturano, Mendoza VE, Zamario SF. Servicio de Cirugía General, Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz Dr. Rafael Lucio SSA, Xalapa Veracruz

Introducción: El carcinoma de laringe constituye entre el 30% y el 50% de los tumores de cabeza y cuello y representa el 1% de todos los cánceres diagnosticados. Estos tumores son agresivos y producen una mortalidad del 40% a los 5 años. El tabaquismo se encuentra presente en el 95% de estos tumores; los fumadores son 20 veces más propensos a desarrollar cáncer de laringe que los no fumadores. Un factor emergente importante de riesgo de cáncer de laringe es la enfermedad por reflujo gástrico. El 5% de los pacientes con cáncer laringeo no fuma, y se considera que el reflujo ácido puede ser el mecanismo desencadenante de carcinogénesis. El 60% de las personas con pirosis se automedica y no solicita ayuda profesional. El tabaquismo y el etilismo predisponen a la ERGE. Dadas estas interrelaciones, es difícil determinar si la ERGE es causal de cáncer de laringe o se trata simplemente de una asociación.

Reporte del caso: Caso 1: masculino de 54^a originario de Xalapa, Veracruz, campesino, sin exposición a químicos, etilismo ocasional desde la juventud, tabaquismo desde los 14^a llegando a consumir cajetilla y media los últimos 20^a. Resto de antecedentes negados. Presentó disfonía progresiva sin tratamiento de 6 meses de evolución, por incremento en ésta decide acudir con médico. Se le realizó endoscopia reportando: lesión neoplásica con deformidad de la cuerda vocal derecha que abarca toda la amplitud cordal así como la comisura. Reporte histopatológico: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. El paciente se niega al tratamiento y se pierde en el seguimiento. Caso 2: Masculino de 57^a originario de Coatepec, Veracruz, conductor de autobús, tabaquismo, etilismo y demás toxicomanías negadas. Carga genética para DM 2 y HAS por rama materna. Con dispepsia crónica no tratada, amigdalectomía en la infancia. Presentó disfonía progresiva de 4 m de evolución, sensación de cuerpo extraño, se le realizó endoscopia reportando parálisis de cuerda vocal izquierda con neoplasia verrugosa en surco posterior de dicha cuerda. Endoscopia alta con duodenitis, gastritis crónica y esofagitis por reflujo Grado A de los Ángeles. Reporte histopatológico con carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de laringe. Se dio quimioterapia preoperatoria, se operó realizando laringectomía y traqueostomía con estudio transoperatorio: pieza con bordes libres de tumor reporte de patología: carcinoma epidermoide laringeo invasor, glótico, moderadamente diferenciado, queratinizante que no afecta el borde quirúrgico. Actualmente el paciente se encuentra en buenas condiciones. **Conclusiones:** El cáncer laringeo es una enfermedad más común en varones fumadores, sin embargo hay que considerar que en 5% de los pacientes no cuentan con este antecedente, por lo que es importante buscar la relación del reflujo gástrico con el cáncer y hacer detección oportuna.

44

ADENOMA PLEOMORFO DE PALADAR BLANDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Jorge Pérez Cruz, Troche GJM, Huerta JM. Servicio de Cirugía Hospital CMNV ARC IMSS, Veracruz, Veracruz

Introducción: El adenoma pleomorfo (AP) es la neoplasia de glándulas salivales más común. Aunque principalmente afecta a las glándulas salivales mayores, es común encontrarlo en glándulas menores, especialmente en el paladar y labio superior. Aunque el adenoma pleomorfo es una neoplasia benigna, generalmente su cápsula es incompleta y tiende a recurrir después de una resección quirúrgica incompleta. El término pleomorfo, hace referencia a la variada diferenciación parenquimatosa y estromal presentada por las células tumorales. El AP es la más común de todas las neoplasias de glándulas salivales constituyendo más del 50%, tanto en las mayores como menores, y el 90% de los casos de neoplasias benignas en ellas. Han sido reportados casos de AP tanto en glándulas salivales mayores como menores. Se ha descrito en zonas inusuales por inclusiones de glándulas salivales ectópicas, como también la combinación de este tumor con otras

neoplasias de glándulas salivales. Así mismo se han descrito casos de malignización y metástasis, pero esto es muy inusual. El AP al igual que la mayoría de los adenomas presenta un ligero predominio en mujeres, con edad de aparición promedio los 41 años (menos del 10% se produce en niños), pero puede presentarse en cualquier edad. Su ubicación más común es la parótida, representando el 60% de los tumores de dicha glándula. Por otro lado, el 50% de los tumores de glándulas menores son AP, de los cuales el 55% afecta al paladar, el 25% al labio (principalmente el superior), 10% mucosa bucal y el 10% restante se presenta en el resto de los tejidos orales y orofaringeos. Entre las características más frecuentes del AP se encuentra que generalmente son bien delimitados, no infiltrantes y encapsulados. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 59 años de edad, originario y residente de Xalapa, Veracruz, portador de esquizofrenia e hipertensión arterial sistémica controlada con amlodipino. Padecimiento de 6 meses de evolución caracterizado por fiebre, cefalea, mialgias, artralgias, crecimiento progresivo de paladar blando predominio derecho, rebasa la línea media sin delimitación extensión hacia orofaringe, cuello no adenomegalia. El examen intraoral se observa un aumento de volumen en paladar duro, lado derecho, de aproximadamente 5 cm de diámetro mayor, cubierto por mucosa sana, de límites netos, firme y asintomático a la palpación. Se realiza un examen radiográfico donde no se observa lesión en tejido óseo. TAC tumor paladar blando voluminoso adyacente a maxilar inferior derecho y paladar duro, BAAF se obtiene líquido citrino y se toma con reporte HP adenoma pleomórfico. El tratamiento realizado consistió en la resección quirúrgica mediante abordaje transmandibular de la lesión con margen de seguridad, y traqueostomía. **Conclusiones:** El adenoma pleomórfico de paladar blando es extremadamente raro y frecuentemente mal diagnosticado. La recurrencia y metástasis a distancia son extremadamente bajas. Su tratamiento es quirúrgico con amplia exéresis tumoral que contenga un pequeño margen de tejido sano circundante, para evitar recidivas, reservándose la radioterapia para las recidivas y casos inoperables. Su pronóstico es excelente, si la escisión quirúrgica es adecuada. Es una de las pocas neoplasias que puede sufrir transformación maligna, por su tendencia a invadir y erosionar hueso.

45

FÍSTULA QUILOSA CERVICAL. REPORTE DE UN CASO

Alfredo Alegria Reyes, Velásquez GA, Piscil SM, Acosta RG, Angulo FA, Peralta JA, Ávila MO. Servicio de Cirugía General, HE CMN La Raza IMSS, México D.F.

Introducción: La fístula quílosa se refiere a la pérdida de linfa desde los vasos linfáticos, ocasionalmente manifestada como una fístula externa. La primera fístula quílosa cervical fue descrita por primera vez por Cheevers tras una cirugía de cuello en 1857. La mayoría ocurren secundariamente a malformaciones congénitas, tumores malignos, infecciones bacterianas inespecíficas, tuberculosis, radiación, cirrosis hepática, trauma abdominal, y postquirúrgicas. Es un evento clínico raro y puede ser resultado de disecciones radicales cervicales (más frecuente del lado izquierdo), cirugía de columna o como secuela de trauma penetrante de cuello. Tiene una incidencia de 1-2% después de una disección cervical y se presentan mayormente en el lado izquierdo del cuello. En el caso de pacientes con alto riesgo de desarrollar fístula quílosa cervical: el drenaje conectado al vacío, la compresión, la elevación de la cabecera de la cama y evitar la actividad extrema son partes fundamentales en el postoperatorio siempre que haya existido daño del conducto. El tratamiento inicial es conservador, y comprende desde modificaciones de la dieta (rica en ácidos grasos de cadena intermedia y baja en ácidos grasos de cadena larga) hasta ayuno total con NPT y octreótido, sin embargo estas medidas presentan hasta un 48% de falta de respuesta, especialmente en fístulas de alto gasto. Actualmente el tratamiento quirúrgico se indica con gastos mayores de 500 ml/día durante 5 días, cuando la linforrea no disminuye después de 14 días de tratamiento, o cuando existan serias complicaciones nutricionales. El tratamiento quirúrgico definitivo consiste en la ligadura del conducto torácico ya sea mediante cirugía abierta o por toracoscopia video-asistida con buenos resultados hasta en el 100% de los casos. **Reporte del caso:** Femenino de 59 años con antecedente de HAS de 3 años, artritis gotosa, colecistectomía, mastopatía fibroquística, hemitiroidectomía izquierda por nódulo tiroideo folicular no neoplásico por BAAF en el 2007, resultando en carcinoma papilar de tiroides con ruptura capsular, reintervenida para tiroidectomía residual el mismo año sin evidencia macroscópica de metástasis ganglionares. Inicia PA 3 meses previos con aumento de volumen en cuello izquierdo, disfonía y disfagia leve. Se realiza BAAF de adenomegalia cervical que reporta cáncer papilar de tiroides metastático y se programa para disección radical modificada izquierda de cuello. En el postoperatorio cursa con aumento de volumen en cuello anterior y gasto serohemático inicial por el penrose, el cual aumenta progresivamente de volumen y se torna de aspecto quílico al tercer día, lo cual se corrobora con estudio citoquímico. Se establece manejo conservador con ayuno, NPT y octreótido, persistiendo con gastos variables por el penrose durante 2 semanas por lo que se programa para toracotomía derecha con ligadura del conducto torácico, lo cual se realiza sin complicaciones. Evoluciona favorablemente progresándose la vía oral, sin aumento del gasto por la herida del cuello y egresándose a su domicilio en adecuadas condiciones generales. **Conclusiones:** La fístula quílosa cervical es una complicación rara

pero previsible de la disección radical modificada de cuello, con una incidencia en nuestro hospital hasta el momento del 1.25%, sin embargo en este caso hay que tomar en cuenta el antecedente de enfermedad maligna e intervenciones quirúrgicas previas de cuello. El caso presentado es similar a los reportados en la literatura, el cual corresponde al 48% de los casos que no responden al tratamiento conservador y en el que la ligadura de conducto torácico se realiza a tiempo, antes de que se presentaran complicaciones respiratorias o nutricionales graves. La ligadura del conducto torácico es el tratamiento quirúrgico definitivo de elección en casos de fístula quílosa cervical que presentan indicación precisa para dicho procedimiento.

46

ADENOMA PARATIROIDEO EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE POLIQUISTOSIS RENAL, HEPÁTICA, DE PÁNCREAS, BAZO Y CAVIDAD PERITONEAL

Fernando Torres Alcalá, Concha ROR, Barrera HSS, López HHE, Nava MN, Zavala SR. Servicio de Cirugía General, Hospital Regional ISSSTE, Monterrey, Nuevo León

Introducción: Los adenomas de la glándula paratiroides se definen como una glándula con aumento de volumen formada de hojas sólidas de células principales, células oxífilas o combinaciones de ambas con un borde de tejido paratiroides normal comprimido, este margen comprimido de tejido normal sólo se encuentra en 20 a 30% de los adenomas paratiroides. Los adenomas paratiroides constituyen la causa número uno de hiperparatiroidismo primario en el 90% de los casos, el resto puede ser ocasionado por hiperplasia paratiroidea (enfermedad multiglandular) con el 8%. El carcinoma paratiroides es una causa rarísima de hiperparatiroidismo, ocurre en menos del 1% de los pacientes con ella. En el hiperparatiroidismo primario se altera el ciclo normal de retroalimentación negativa y hay niveles demasiado altos de PTH en presencia de hipercalcemia. La más frecuente es el hiperparatiroidismo primario, ocasionado por el crecimiento de una (90%) o dos (2%) glándulas paratiroides, trastorno que se conoce como adenomas paratiroides benignos. Se considera esta posibilidad diagnóstica ante la presencia de cálculos renales (64%), enfermedad ósea (20%), enfermedad por ulceras pépticas (12%) e hipertensión (4%). Se deben descartar otras causas de hipercalcemia como el uso de diuréticos tiazídicos, litio, así como la ingesta excesiva de vitaminas A y D. Otras causas incluyen las enfermedades grabulomatosas como la coccidioidomicosis, beriliosis, tuberculosis, histoplasmosis y sarcoidosis. Las causas malignas de hipercalcemia incluyen carcinoma de células renales, mieloma múltiple y cáncer pulmonar de células escamosas o células pequeñas. El diagnóstico se sospecha ante la presencia de hipercalcemia en una muestra de suero, además de elevación de PTH, confirmándose esto mediante gammagrafía con Sestamibi, USG o en raros casos TAC y RMN. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica del adenoma con la vigilancia postoperatoria de los niveles de calcio los cuales generalmente se normalizan en el transcurso de unos días del postoperatorio, así mismo las cifras de PTH se normalizan con el transcurso de los días. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 59 años de edad con los antecedentes de importancia HTAS, así como poliquistosis renal tratada con nefrectomía bilateral en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, con la presencia además de quistes hepáticos, pancreáticos, esplénicos y de cavidad peritoneal, quien inicia su padecimiento actual en el año 2003, fecha en que presenta la aparición de múltiples nódulos distribuidos en toda la economía, así como artralgias generalizadas, astenia y adinamia. Se toman biopsias que arrojan contenido graso y cálcico por lo que se solicita calcio sérico, el cual se encontraba en 12.3 mg/dL. Se solicita PTH intacta en suero, la cual el primer resultado fue de 40.3 pmol/l en el año 2004, siendo repetidas estas mediciones en el año 2007 ya reportando cifras de 2,143 pmol/l. Motivo por el cual se solicita gammagrafía de paratiroides con Sestamibi que concluye evidencia de captación anormal de alta probabilidad para adenoma de paratiroides inferior derecho. Se programa al paciente para resección de adenoma, la cual se lleva a cabo sin incidentes el pasado día 20-5-2008, resecando masa de aprox 2.5 x 8 mm, en forma de riñón, color café, blanda con contenido tipo coloide verdoso, la cual se envía a patología en forma de BTO que confirma el diagnóstico. El paciente evoluciona satisfactoriamente en su postoperatorio inmediato siendo egresado al tercer día sin complicaciones con cifras de calcio sérico de 8.3 mg/dL. Citándose a consulta externa donde se solicitarán mediciones de PTH intacta en suero. **Conclusiones:** Los adenomas paratiroides constituyen la causa número uno, junto con los procesos malignos, de hiperparatiroidismo primario e hipercalcemia, en el 2% éstos se presentan en más de una glándula paratiroides. El tratamiento quirúrgico conlleva a un alto porcentaje de éxito en la mayoría de los casos en los cuales los niveles de PTH y CA vuelven a la normalidad en el transcurso de días.

47

CÁNCER DE TIROIDES INCIDENTAL EN ENFERMEDAD DE GRAVES

Efraín Absalón Medina Villaseñor, Quezada-Adame I, Rosario CM, Aboties LJ, Jiménez BS, Espinosa PA, Lozano MAI, Neyra OE, Alarcón VMA. Servicio de Cirugía Oncológica, Centro Oncológico BETANIA, Los Reyes la Paz, Estado de México

Introducción: El cáncer de tiroides que se presenta en la Enfermedad de Graves es relativamente raro, ocurre en 0.76-9.9% de las glándulas resecadas. Algunos estudios han reportado un curso agresivo del cáncer de tiroides asociado a la Enfermedad de Graves, sin embargo otros estudios no han encontrado evidencia de la agresividad en el curso de esta entidad. Aunque se ha estudiado ampliamente la conducta clínica y el manejo del cáncer de tiroides, existe controversia sobre la historia natural y el tratamiento quirúrgico óptimo del cáncer de tiroides con enfermedad de Graves. Esta discrepancia resulta de la baja incidencia y la ausencia de reportes grandes de series de casos. **Reporte del caso:** Fem 35 años de edad, antecedente de miomectomía a los 31 años, 2 cesáreas por preeclampsia. Inicia padecimiento a las 20 semanas de gestación durante su último embarazo refiriendo nerviosismo, hipercinesia, sudoración excesiva, crecimiento tiroideo, exoftalmos, taquicardia, valorada por endocrinólogo, quien diagnostica Tirotoxicosis. indica tratamiento con antitiroideo metimazol 15 mg/día, con lo cual se restaura el estado eutiroideo, se interrumpe el embarazo a las 35 semanas de gestación por preeclampsia severa. La paciente cursó con remisión de la sintomatología durante 12 meses con dosis de mantenimiento de 40 mg de Metimazol y Propanolol 10 mg cada 6 hrs. Sin embargo, a los 13 meses de evolución presenta exacerbación de la sintomatología con nerviosismo, diaforesis, temblor fino en manos, inestabilidad emocional, fatiga, taquicardia, aumento de volumen de la cara anterior de cuello, aumento en la T4L y disminución de la TSH, es enviada a nuestro servicio para valorar tratamiento quirúrgico. La paciente acude al servicio de Cirugía Cabeza y Cuello del Centro Oncológico Betania donde encontramos paciente inquieta, exoftalmos clase 3, tumoración en la cara anterior de cuello a expensas de la glándula tiroideas, con crecimiento difuso, simétrico, superficie lisa, consistencia blanda, bordes bien definidos. Los estudios de laboratorio con perfil tiroideo elevado, TSH debajo de límites normales. Anticuerpos Anti-Tirotoglobulina y Anti-Peroxidasa de Tiroides se encontraron elevados. Gammagrama Tiroideo con Pertecneciatio de Sodio-TC-99m: glándula tiroideas aumentada de tamaño a expensas de ambos lóbulos, bordes regulares y bien delimitados, ambos lóbulos con incremento anormal de la captación del trazador, con distribución homogénea del mismo, sin visualizarse defectos focales aparentes de captación. Ultrasonido cuello: glándula tiroideas aumentada de tamaño a expensas de ambos lóbulos sin lesiones sólidas o quísticas. Se integra el diagnóstico de Enfermedad de Graves con fracaso al tratamiento médico por recurrencia de la enfermedad, se decide tratamiento quirúrgico con Tiroidectomía subtotal, la paciente no aceptó tratamiento con yodo radioactivo. La preparación preoperatoria consistió en aumentar la dosis de antitiroideos 60 mg metimazol/día, Propanolol 10 mg cada 6 hrs durante 4 semanas. Solución de yoduro de potasio (Lugol) 5 gotas cada 12 hrs por 7 días, se disminuyeron los niveles de hormonas séricas hasta casi lograr eutiroidismo. Se realiza tiroidectomía subtotal mediante la técnica estándar de lobectomía total izquierda y subtotal contralateral, con preservación de un remanente de tejido tiroideo de aproximadamente 10 gramos, sin complicaciones trans o postoperatorias, no hubo datos de hipocalcemia, tampoco de crisis tiro-tóxica. Se colocó drenaje tipo penrose, el cual se retiró a las 24 hrs del postoperatorio, cuando la paciente fue egresada en buenas condiciones generales, sin datos clínicos de lesión del nervio laringeo recurrente. El diagnóstico patología definitivo fue Bocio difuso hipertiroides (Enfermedad de Graves-Basedow) asociado a micro carcinoma papilar. La evolución de la paciente fue satisfactoria, desapareciendo la sintomatología de hipertiroidismo a la semana del postoperatorio. La oftalmopatía se corrigió a los 30 días del postoperatorio, mostrando niveles séricos de hormonas tiroideas dentro de la normalidad, sin datos clínicos de hipotiroidismo. Actualmente la paciente en eutiroidismo, con reporte de perfil tiroideo dentro de valores normales, sin evidencia de actividad tumoral local o regional a los 24 meses de seguimiento. **Conclusiones:** El carcinoma del tiroides asociado a enfermedad de Graves tiene una prevalencia mundial actual del 1.1 al 7.1%, la incidencia promedio es del 2.3%, el tipo histopatológico más frecuente es el carcinoma papilar, seguido del folicular y posteriormente carcinoma medular. En la Enfermedad de Graves, los nódulos fríos pueden ser malignos en el 10 al 17% de todos los casos y del 15.4 - 45.8% de los nódulos fríos encontrados por gammagrafía, por lo que algunos autores recomiendan cirugía en la Enfermedad de Graves coexistente con nódulos tiroideos. Los microcarcinomas que son encontrados de forma incidental no necesitan ser tratados como cáncer clínico, en este caso la tiroidectomía total realizada para enfermedad de Graves es un tratamiento adecuado para el tratamiento del microcarcinoma incidental, no se recomienda cirugía complementaria para retirar el tejido tiroideo remanente o yodo radioactivo adyuvante. Por otro lado, los pacientes con cáncer de tiroides clínicamente aparente o con tumores mayores de 1 cm, deben tratarse como Cáncer de Tiroides, independientemente de la presencia o ausencia de Enfermedad de Graves.

48

CÁNCER ANAPLÁSICO DE TIROIDES ENDOTORÁCICO. REPORTE DE 1 CASO

José Santamaría Aguirre, Del Bosque MG, García AJ, Torres MJ, Hernández MN. Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez SSA, México D.F.

Introducción: El carcinoma anaplásico de tiroides es uno de los tumores sólidos más agresivos que se conoce. La quimioterapia, la radioterapia o la cirugía aplicadas de forma independiente son prácticamente inefectivas en el tratamiento con intención curativa, pero cada una de ellas puede ofrecer diversos grados de paliación. Aunque no existe una terapéutica estándar, el tratamiento multimodal agresivo es el que logra mejor resultados. El principal objetivo de cualquier esfuerzo terapéutico debe ser lograr el control cervical local de la enfermedad, para evitar la muerte por asfixia y de modo secundario prolongar la vida que casi invariabilmente termina a causa de enfermedad metastásica extensa. Actualmente, el tratamiento correcto y energético de las enfermedades que lo originan, principalmente los carcinomas diferenciados de esta glándula, constituye la mejor profilaxis de tan abominable cáncer. **Reporte del caso:** Masculino de 61 años campesino originario de Puebla, con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo, Hipertensión arterial de recién diagnóstico. Inicia su padecimiento hace 10 años al presentar aumento de volumen del cuello derecho de crecimiento lento y progresivo, posteriormente asociado con cambios en la calidad de la voz, pérdida de peso de 20 kg, siendo el motivo de consulta la disnea y disfagia, sólo tolerando líquidos, a la exploración física lesión en cuello de 13 x 10 cm fija, reninante, bordes irregulares, dolorosa a la palpación, desplaza la tráquea hacia el lado izquierdo y se extiende al mediastino. Otra lesión en el cuello izquierdo de 3.5 x 3 cm fija, no dolorosa, resto normal. Laboratorios normales, se toma una BAAF la cual reporta Bocio Coloide, Tele de Tórax: ensanchamiento de mediastino superior derecho TAC de cabeza y cuello: Lesión que nace a nivel del borde inferior de la mandíbula del lado derecho multiquística, con engrosamiento de la pared y contenido heterogéneo, que se extiende a nivel del mediastino. Debido a la urgencia de disnea y disfagia se realiza una Traqueostomía y Gastrostomía sin complicaciones y se programa para Tiroidectomía total, Esternotomía media y resección de tumor mediastinal dentro de los incidentes transoperatorios: lesiones vasculares en la inominada, así como despulimento en la pared del esófago cervical, se reparó con sutura. Sangrado 3,500 ml. Durante el periodo transanestésico con importantes variaciones de los parámetros hemodinámicos, manejado con aminas, con tendencia a la acidosis metabólica, al término del acto se egresa paciente directo a piso, intubado. En sus primeras horas postquirúrgicas en muy malas condiciones generales con tendencia a la acidosis metabólica, IRA, DHE (hiperkalemia e hipernatremia) y Síndrome de Falla Orgánica múltiple, laboratorio con leucos 19,910, Hb 8.4, Hto 26, plaquetas 10,4000, glucosa 102, urea 88, creatinina 1.8, Na 149, K 5.7, Ca 6.4, BT 1.1, TGO 4668, TGP 2557, DHL 3,357, fue valorado por el servicio de Terapia Intensiva quien lo refiere no candidato a ingresar a su servicio, por mal pronóstico a corto plazo, finalmente fallece por las complicaciones anteriormente mencionadas. **Conclusiones:** El tratamiento de este tumor difiere mucho del resto de los tumores tiroideos, debido a su agresividad biológica. El tratamiento es fundamentalmente paliativo, aunque en casos seleccionados, el tratamiento combinado de cirugía, radioterapia, y quimioterapia parece ofrecer los mejores resultados para prolongar la supervivencia. En este caso en particular se realizó debido a la urgencia una traqueostomía y gastrostomía, programándose para la detumoreación, ya en el postoperatorio el paciente presenta falla orgánica múltiple y fallece.

49

HEMORRAGIA ESPONTÁNEA DENTRO DE ADENOMA FOLICULAR TIROIDEO. REPORTE DE UN CASO

José Armando Novoa Zamudio, González DH, Salgado CLE. Servicio de Cirugía General, Hospital San José Tec de Monterrey, Monterrey Nuevo León

Introducción: Los adenomas foliculares son tumores benignos, encapsulados, y bien diferenciados la mayoría de las veces no funcionales. Son la tumoración más común del tiroides. Es común que se presente dentro de ellos necrosis, hemorragia, fibrosis y edema; principalmente en tumores grandes. No se ha demostrado que sean precursores de cáncer, aunque hasta el 20% presentan mutaciones puntuales del encogen RAS. **Reporte del caso:** Se trata de una paciente del sexo femenino de 41 años de edad que acude a la unidad de emergencias por presentar incremento súbito en la cara anterior del cuello. Historia de adenoma folicular tiroideo diagnosticado 6 años antes con biopsia con aguja fina; desde entonces se mantiene con manejo conservador y observación. Inicialmente la lesión tenía unas dimensiones de 1 x 1 cm, alcanzando un tamaño de 2 x 2 cm a 6 años de su diagnóstico. Se realiza perfil tiroideo anual, el último se realizó 15 días antes del ingreso y es reportado normal. La paciente inicia su padecimiento 2 horas previas mientras ingería sus alimentos, el aumento de volumen se acompaña de sensación opresiva. Negaba dolor o dificultad respiratoria. A la exploración física encontramos signos vitales FC 86 FR 24 T 36.7 TA 120/70 Cabeza y cuello: Se observa tumoración en cara anterolateral derecha del cuello, de 7 x 6 cm, sólida, de bordes definidos, fija a planos profundos, se mueve con la deglución, no dolorosa a la palpación. No se palpan adenomegalias cervicales. Resto de la exploración sin datos patológicos. Se toman biometría hemática y perfil bioquímico que se reportan normales. La radiografía de tórax es normal y se toma US de cuello, se

reporta aumento de volumen en el lóbulo tiroideo derecho que muestra un nódulo ovoideo que mide 7 x 6 cm. Este tiene patrón heterogéneo de predominio ecogénico con algunas imágenes centrales hipoeocicas que sugieren sangrado. Isto y lóbulo izquierdo sin alteraciones. Se realiza tiroidectomía subtotal resecando el lóbulo derecho y el polo inferior del lóbulo izquierdo por presentar aumento de consistencia y tamaño. Se envía a BTO que reporta adenoma tiroideo. El Diagnóstico anatomo-patológico del lóbulo derecho reporta adenoma y tiroiditis linfocítica, en el polo inferior del lóbulo izquierdo: tiroiditis linfocítica. La paciente evoluciona favorablemente y se egrresa al segundo día postoperatorio. **Conclusiones:** Aunque es común el sangrado dentro de los adenomas foliculares, el desarrollo de un hematoma que requiera tratamiento quirúrgico es una eventualidad rara. En la literatura se han reportado casos de sangrado posterior a biopsias por aspiración o en casos de tiroides ectópico, pero no casos de sangrado espontáneo considerables, como el presentado en esta paciente.

50

CÁNCER MUCOEPIDERMOIDE DE TIROIDES Y BOCIO MULTINODULAR

Alejandro Martínez Bello, Reyes GA, Pérez SO, Gordillo MM. Servicio de Cirugía, Hospital General Acapulco SSA, Acapulco Guerrero

Introducción: El cáncer de tiroides asociado a bocio se presenta en un 5% de los casos, el Cáncer mucoepidermoide representa el 1% de los tumores de tiroides, es muy agresivo, con metástasis ganglionares tempranas e invade rápidamente tráquea, laringe y esófago. **Reporte del caso:** Femenina de 77 años, con EPOC, refirió crecimiento tiroideo de varios años de evolución, y desde hacia un mes de había agregado disfagia a sólidos, disnea y tos. A la exploración física: tiroide aumentada de tamaño. lóbulo derecho de 9 x 6 cm, izquierdo de 5 x 4 cm. Se tomó BAAF reportando carcinoma mucoepidermoide de alto grado de malignidad con infiltración a tiroides, se realizó tiroidectomía total, no se observaron adenomegalias. Reporte histopatológico: carcinoma mucoepidermoide esclerosante de alto grado, con permeación vascular, infiltración del tejido conectivo paratiroides, más bocio multinodular coloide. Durante el postoperatorio sin complicaciones, tolerando dieta blanda a las 24 horas y egresándola al cuarto día de postoperatorio. Se envió a radioterapia y manejo de su EPOC por neumología. **Conclusiones:** Existe asociación Bocio y Cáncer en el 5%, debemos de tener en cuenta el crecimiento e induración del bocio, tomar BAAF preoperatoria y realizar tiroidectomía total.

51

BOCIO MULTINODULAR INTRATORÁCICO CON EXTENSIÓN A ME- DIASTINO POSTERIOR: REPORTE DE UN CASO

Francisco Javier Haro, Montañez SLG, Corral GJH, Abrego VJA, Rodríguez NJG, Preciado AN, Ruvalcaba COG. Servicio de Cirugía General, Centro Medico Nacional de Occidente IMSS, Guadalajara Jalisco

Introducción: Un bocio situado en la cavidad torácica es usualmente referido como un bocio intratorácico o retroesternal. el bocio intratorácico fue descrito por Heller en 1749. Aunque es estimado que más del 5% de la población mundial padece de bocio, la incidencia de bocio intratorácico varía desde 0.02% hasta 0.5%. Los bocios intratorácicos o son clasificados usualmente en dos grupos: uno es el bocio intratorácico verdadero o bocio aberrante que consiste en la presencia de tejido tiroideo con aporte sanguíneo derivado totalmente de vasos intratorácicos, de origen congénito y que no tiene relación directa con la glándula tiroidea cervical, representando menos del 1%; el segundo grupo representa un bocio retroesternal adquirido que se origina de la glándula tiroidea cervical, el cual crece y desciende a lo largo de un plano facial hacia el mediastino representando el 99%. Los bocios mediastinales se encuentran situados frecuentemente en el mediastino anterior por delante de los vasos subclavios e inominados, los bocios mediastinales posteriores constituyen solamente un 10-15% de los bocios intratorácicos. Los bocios intratorácicos deben ser tratados quirúrgicamente cuando existe falta de respuesta al tratamiento médico, para establecer el diagnóstico histológico cuando se sospecha de malignidad y para prevenir el potencial compromiso agudo de la vía aérea. La indicación quirúrgica de urgencia de un bocio intratorácico es la compresión de órganos adyacentes, siendo los principales la tráquea (75%), esófago (25%) y vena cava superior (75%). Las masas intratorácicas gigantes desafían al cirujano en una operación de alto riesgo y serias dificultades técnicas, como lesión vascular mayor y pérdidas sanguíneas importantes. Las complicaciones más frecuentes son hematomas, daño del nervio laríngeo recurrente, neumotórax, neumonía, traqueomalasia, hipocalcemia transitoria y lesión del plexo cervical. Hasta el 90% de los bocios intratorácicos pueden ser resecados utilizando una incisión estándar en collar, sin embargo una esternotomía parcial alta agregada es más segura. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 60 años de edad sin carga genética para patología tiroidea la cual inicia hace 20 años con la presencia de aumento de volumen en región anterior de cuello, acude con facultativo donde es valorada y protocolizada haciendo el diagnóstico de bocio multinodular no tóxico; la paciente decide no acudir con médico de-

bido a que no refería ninguna sintomatología. Hace un año acude de nuevo a facultativo donde es enviada a endocrinología de esta unidad donde se inicia manejo médico y es enviada a cirugía general para valorar tiroidectomía donde se protocoliza encontrando bocio intratorácico que en la radiografía de tórax se extiende hasta el 7mo espacio intercostal; se decide su programación para tiroidectomía la cual se lleva a cabo a través de abordaje combinado cervico torácico, refiriendo como hallazgos glándula tiroidea de 25 x 20 cm de aspecto multinodular que desplaza estructuras incluyendo la tráquea y esófago deformándolo, involucra planos profundos de cuello y cavidad torácica en 12 cm, cabalgando vena inominada y abarcando mediastino anterior y posterior presentando desgarro pleural derecho al realizar la toracotomía que requirió sonda endopleural requiriendo ingreso a la unidad de cuidados intensivos. **Conclusiones:** Se presenta un caso de un bocio intratorácico de dimensiones de 22 x 20 x 5 cm con peso de 740 grs; dimensiones mayores que las reportadas en varias series en la literatura, el cual se mantuvo asintomático durante 20 años y fue el aspecto estético lo que llevó a la paciente a la búsqueda de tratamiento. el riesgo de desarrollo de malignidad y la posibilidad de complicaciones letales como compromiso de la vía aérea fueron las indicaciones de la cirugía en esta paciente, en quien se requirió de un abordaje cervical y torácico para la resección de la pieza que ocupaba tanto el mediastino anterior y posterior por cabalgamiento de sus nódulos sobre los vasos inominados.

MÓDULO: CIRUGÍA DE TRAUMA

52

HERIDA EN CUELLO POR INSTRUMENTO CORTANTE A ALTA VELOCIDAD

Ana Lorena Ferrufino Mérida, Díaz BC, Muñoz SF, Flores HV. Servicio de Cirugía General, Cruz Roja Mexicana, México D.F.

Introducción: Se define como trauma de cuello toda lesión que afecte la región comprendida entre el borde de la mandíbula y la base del cráneo en su límite superior y el borde de la clavícula y la séptima vertebral cervical en su límite inferior. Se considera una herida penetrante de cuello cuando atraviesa el músculo platisma. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 30 años que ingresa a sala de choque de nuestra institución por propios medios con antecedente de herida por instrumento cortante (esmeril) a alta velocidad en cuello al estar trabajando. Refiriendo 2 horas de evolución a su ingreso. A: vía aérea permeable, se coloca mascarilla con oxígeno a 10 litros por minuto B: ambos campos pulmonares bien ventilados C: pulsos periféricos presentes, se realiza reanimación con solución hartmann 2,000 cc D: alerta E: se expone y explora. A la exploración física se encuentra edad aparente a la cronológica, marcha normal, consciente, orientado en las tres esferas, Glasgow 15, con palidez de piel y mucosas. Normocéfalo, pupilas isocóricas normorreflejáticas. Narinas permeables. Cuello con presencia de herida en zona II lado izquierdo de aproximadamente 1 cm, sin evidencia de hematoma, pulsos carotídeos normales, ingurgitación yugular grado II, se explora herida y se observa que penetra músculo platisma. Campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos rítmicos, regulares sin agregados. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Extremidades con llenado capilar 2", arcos de movilidad conservados, pulsos periféricos palpables. Signos Vitales: TA 100-60 FC: 85x min, FR 20 x min, Temp: 36.5. Se realiza Rx lateral de columna cervical donde se observa objeto radioopaco en zona II cuello de aproximadamente 0.5 cm a nivel de C6 Laboratoriales. Hb: 15.2 Hto: 42% Plaquetas 320,000, glucosa 102, urea 43, creatinina 0.7. TP 12" TPT 30" 100%. Se decide exploración quirúrgica: Bajo anestesia general se realiza incisión en collar en piel, se diseña por planos hasta llegar a vena carotídea, se encuentra esmeril impactado en yugular interna, se procede a hacer control proximal y distal de la vena, se extrae esmeril y se explora vena la cual se encuentra trombosada en parte proximal, por lo que se realiza ligadura con seda 2-0. Se verifica hemostasia y se coloca penrose por contraabertura, se sutura por planos. El paciente evolucionó satisfactoriamente, se inicia vía oral al día siguiente, se retira drenaje penrose al 2do día y es egresado del servicio al 3er día. Se cita a consulta externa en una semana, al mes y la evolución fue satisfactoria, sin complicaciones. **Conclusiones:** Toda herida de cuello debe ser considerada potencialmente letal por las numerosas estructuras y órganos vitales que ahí se ubican. Las lesiones vasculares penetrantes pueden pasar inadvertidas en la etapa aguda y presentarse en forma crónica como pseudoaneurismas o fistulas arteriovenosas. La cirugía inmediata rutinaria, o sea la que se realiza bajo el precepto de que toda herida que penetre el platisma requiere exploración quirúrgica inmediata, se defiende con el argumento de evitar que algunas lesiones vasculares o esófago pasen desapercibidas.

53

TRAUMA PENETRANTE DE CUELLO, REPORTE DE 2 CASOS, HOS- PITAL GENERAL FRESNILLO, ZACATECAS

Juan Luis Moreno Moreno, Sauceda MG. Servicio de Cirugía General, Hospital General Fresnillo SSA, Lagos de Moreno Jal.

Introducción: Las lesiones de cuello, son poco frecuentes. Pueden ser secundarias a trauma cerrado o penetrante, en este trabajo presentamos dos casos de trauma penetrante de cuello. **Reporte del caso:** Caso 1, Masculino de 18 años, con herida por objeto punzocortante, sufrida en cara anterior del cuello, zona II, con lesión de hipofaringe, laringe, epiglótis y hueso hioideo. Se realiza reparación primaria de lesiones, además de realización de traqueostomía, paciente con regular evolución, dado que presenta neumonía intrahospitalaria, motivo por el que egrésa hasta 10 días después de su ingreso. Retiro de cánula de traqueostomía 20 días después por consulta externa, sin problema para fonación o deglución, continúa en seguimiento. Caso 2. Masculino de 36 años, quien sufre herida por asta de toro en región temporomandibular, preauricular izquierda, con lesión de glándula parótida, nervio facial y carótida externa. Paciente con abundante sangrado activo desde su ingreso, con datos de choque hipovolémico, por lo que en la exploración en quirófano se decide realizar ligadura de arteria carótida externa. Requiere de reintervención 4 días después por Cirugía maxilofacial para reconstrucción de conducto de Stenon. Egrésa 9 días después sólo con incapacidad para completa obturación de párpado izquierdo, por lesión de VII par craneal rama cigomática temporal. Continúa en seguimiento por consulta externa. **Conclusiones:** Presentamos dos casos de lesiones penetrantes de cuello, con buena evolución en el primer caso a pesar de lesiones aparatosas graves. Con secuelas en el segundo caso requiriendo además de reintervención. La cirugía de urgencia en la región de cuello, puede representar un reto para el Cirujano General, especialmente en Cirugía de Urgencia en Hospitales Generales, donde en la mayoría de los casos no tenemos el apoyo del servicio de Cirugía de Cuello. Por los casos encontrados en nuestra unidad, decidimos presentar éstos con el fin de repasar y comentar la necesidad de revisión y conocimiento de aspectos de cirugía de Urgencia en lesiones de cuello.

54

EMPAQUETAMIENTO TORÁCICO, CONTROL DE DAÑOS Y TRAUMA. ADIÓS AL MITO DE LA IMPOSIBILIDAD DE SU PRÁCTICA

Luis Manuel García Núñez, Rivera CJM, Delgado AJLG, García CL, Núñez CO, Soto OLE, Cabello PR, Hernández GEF, Garduño MP. Servicio de Cirugía del Trauma, Hospital Central Militar SDN, México D.F.

Introducción: La cirugía de control de daños (CCD) es una estrategia vital para favorecer la restauración metabólica de víctimas «in extremis» portadoras de lesiones anatómicas de alto índice de gravedad que requieren manejo ulterior en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Aunque puede aplicarse a múltiples sitios y variados escenarios (abdomen, extremidades, etc.) es poco requerida su institución en tórax. Más aún, el empaquetamiento torácico para cohibir sangrado no quirúrgico (consecutivo a coagulopatía postraumática o incontrolable por medios operatorios) está rodeado de conceptos falsos así como de mitos perpetuos en cuanto a factibilidad y ha sido reportado con éxito sólo en 3 ocasiones en la literatura mundial. Reportamos un caso para exemplificar el prototípico de paciente que se beneficia con esta maniobra y emitir recomendaciones de manejo postoperatorio. **Reporte del caso:** Masculino de 43 años que sostuvo lesión por proyectil de arma de fuego en hemitórax izquierdo con orificio de entrada a nivel de T-10 (línea media posterior) y salida a nivel de 6/o espacio intercostal y línea medio axilar izquierda. Se colocó tubo pleural drenando 250 ml de sangre oscura sin otro hallazgo agregado. Se verificó la adecuada reexpansión del pulmón por radiología. Fue llevado a quirófano donde se evidenció estallamiento de cuerpo vertebral y de elementos posteriores a T-10 con sección medular completa, requiriendo ser multitransfundido. A la 7/a hora postoperatoria presentó súbitamente 1,200 ml de gasto hemático rojo brillante por el tubo en el curso de 20 min y clara inestabilidad hemodinámica. Fue llevado a toracotomía posterolateral izquierda encontrando laceración diafragmática periférica y sangrado de aspecto arterial a nivel de vasos intercostales del recesso costofrénico izquierdo posterior, que tras múltiples esfuerzos de ligadura selectiva no se cohibió totalmente. Se decidió empaquetamiento del citado recesso con cierre temporal de tórax con surgete simple con material sintético, colocación de tubo pleural y traslado hacia la UCI para monitorización cardiopulmonar. Se encontraron presiones pico relativamente altas de la vía aérea (35-39 cmH₂O), presión venosa central alta, tendencia a hipotensión y altas presiones pulmonares en cuña; fue posible mantener sin embargo SatO₂ normal con PEEP. **Conclusiones:** El empaquetamiento torácico es una maniobra básica de la cirugía de control de daños torácica. Está indicada, como en otros escenarios similares, para favorecer la restauración metabólica del paciente en la UCI y evitar al máximo la aparición de la tétrada de Asensio. Es mandatorio conocer los factores que impactan la fisiología cardiopulmonar desde la perspectiva del llenado cardíaco, retorno venoso y circulación pulmonar; así como aquellos que inducen cambios importantes en el balance V/Q y oxidinamia. Los pacientes bajo empaquetamiento torácico deben ser cuidadosamente monitoreados en su función hemodinámica y ventilatoriamente de una manera invasiva en la UCI; preferentemente con catéter de Swan-Ganz para identificar tempranamente la aparición de toracopatía hipertensiva, que es la peor complicación consecutiva

a esta maniobra. Debe garantizarse la práctica de las demás medidas para revertir el agotamiento fisiológico y metabólico del paciente y practicar secuencialmente procedimientos definitivos.

55

QUEMADURAS DE TERCER GRADO POR INMERSIÓN EN MANTECA

Margarito Morales Cruz, De la Torre CR. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vásquez Navarro SSA, Puebla Pue.

Introducción: Las quemaduras en niños generalmente son por escaldadura en un 80%, habitualmente son por agua caliente, el agua a 60 °C produce quemadura de la dermis de espesor completo en tres segundos, a 69 °C ocurre en un segundo, las quemaduras por inmersión son más graves y ocurren en niños de corta edad y ancianos, las quemaduras por grasa y aceite caliente suelen ser quemaduras profundas que afectan el espesor completo de la dermis, debido a que alcanzan temperaturas de hasta 204 °C, estas quemaduras se describen como rojizo, rojo cereza, negro, correosas, firmes hundidas, son insensibles al tacto, pueden presentar aspecto blanquecino y secas, en algunos casos la quemadura es translúcida, éstas desarrollan una escara típica al cabo de días o semanas, además que son de recuperación muy lenta requieren múltiples intervenciones y terapéuticas quirúrgicas. **Reporte del caso:** Reporte del caso: paciente femenina de 4 años de edad, sin antecedentes de importancia, refiere la madre iniciar su padecimiento al encontrarse jugando con su hermana menor quien accidentalmente empuja a la niña a un recipiente de manteca en estado de ebullición, ocasionándole quemaduras de tercer grado en forma instantánea del 25% scq de espesor total abarcando epidermis, dermis tejido celular subcutáneo y fascias. Es trasladada al hospital regional en donde realizan dermofaciectomía de miembro torácico izquierdo cara interna y posteriormente es referida al Hospital General de Puebla. Es valorada por el servicio de cirugía plástica y reconstructiva, que concluye es candidata a dermofaciectomía de espesor total así como amputación de los dedos 2-3-4-5 mano derecha por necrosis total de dedos sin complicaciones durante la intervención quirúrgica, posteriormente se realiza aseo quirúrgico y aplicación de haloínjertos cutáneos de queratinocitos, los cuales se integraron favorablemente a los tejidos profundos, a los 7 días fue descubierto el haloínjerto y se realiza toma y aplicación de autoínjertos de muslo y espalda, a la paciente se le realiza toma y aplicación de autoínjertos en 3 ocasiones, actualmente la paciente se encuentra en buena evolución, los injertos se encuentran integrados 98% y las áreas donadoras ya reepitelizadas. Con baja incidencia de infecciones durante su estancia hospitalaria. **Conclusiones:** Se ha demostrado en el Hospital General de Puebla, que la utilización en quemaduras de segundo grado profundas y tercer grado para la integración primaria y utilización de haloínjertos cutáneos de queratinocitos por 7 días preparan los tejidos para una adecuada integración y posterior con autoínjertos cutáneos mejora la integración tejido-injerto. Es importante mencionar que una adecuada reanimación hídrica y aporte calórico en las primeras 24 horas mejora el pronóstico de integración de los injertos, es necesario una adecuada cobertura con antimicrobianos específicos basados en resultados de los cultivos a su ingreso.

56

SISTEMATIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: CREACIÓN DE UN FORMATO COMO SISTEMA EFICAZ PARA LA ATENCIÓN Y ESTADÍSTICA

Antonio Lijo Necoechea, García HJ, Buenrostro PF, López SA. Servicio de Cirugía General, Hospital Tacuba ISSSTE, México D.F.

Introducción: El trauma en México ocupa la 3a. causa de muerte en la población de edad reproductiva. Ocasiona discapacidad y pérdidas económicas. El paciente debe ser atendido dentro de la primera hora de ocurrido el trauma por personal paramédico y al ser trasladado a una institución por médicos capacitados en reconocimiento de lesiones que ponen en riesgo la vida y al mismo tiempo resolverlas o canalizarlas adecuadamente. Existen sistemas de atención bien avalados como el ATLS con los que se logran estos objetivos, sin embargo no es conocido ni llevado por el 100% del personal de urgencias de los hospitales como idealmente se esperaría. Es urgente la sensibilización con este respecto al personal médico y paramédico por lo que nosotros proponemos el uso del «Formato de Atención sistematizada al paciente politraumatizado» como una guía rápida y sencilla capaz de ser ejecutada por los médicos generales y de cualquier especialidad que se encuentren en urgencias. Igualmente es relevante analizar y calificar estadísticamente esta atención lo cual puede ser logrado con el mismo formato. **Objetivo:** Sistematizar la atención del paciente traumatizado según los estándares de calidad a través de la guía ofrecida en un formato impreso que será conocido por personal médico y paramédico de urgencias y a su vez será útil para el registro estadístico y control de calidad. **Material y métodos:** Se diseñó un formato impreso que cumple con el registro de datos referentes al paciente y al trauma. Ofrece un árbol de decisiones en cada paso de la revisión primaria. Incluye: Ficha de identificación del paciente con Nombre, cédula, edad, sexo, fecha y hora de in-

greso al servicio de urgencias, Nombres de los integrantes del equipo médico y paramédico que ofrece la atención primaria. Antecedentes prehospitalarios: institución de la ambulancia, inmovilización del paciente, antecedentes y cinematográfica del trauma, historia clínica resumida, signos vitales cada 5 minutos. Atención primaria sistematizada donde se valora y actúa sobre: A: Vía aérea, intubación, collarín cervical. B: Ventilación: inspección, palpación, auscultación de tórax, acciones en caso de neumotórax simple, neumotórax a tensión, hemotórax, tórax inestable. C: Circulación: abordaje intravenoso, soluciones, toma de muestras, tifar y cruzar, clasificación de grado de Choque Hipovolémico, decisiones para reanimación y localización de sitios de sangrado, lavado peritoneal, Ultrasonido FAST. D: Valoración neurológica, escala de coma de Glasgow, clasificación de traumatismo craneoencefálico. E: Exposición del paciente, preventión de hipotermia. Rubro de Auxiliares: Rayos X: lateral de cervicales, anteroposterior de tórax y pelvis. Clasificación de quemaduras por porcentaje y grado, reanimación de estas. Revisión secundaria y cuantificación de lesiones que no ponen en peligro la vida o son atendidas posteriormente. El formato está impreso por ambos lados en una hoja tamaño oficio en forma de árbol de decisiones que lleva a una correcta y rápida atención, sin omisiones de puntos vitalmente importantes. Este formato deberá ser integrado al expediente como reporte de la atención y servirá como record estadístico y de control de calidad de la atención. **Resultados:** El formato ha sido propuesto únicamente. **Conclusiones:** La capacitación del personal médico y paramédico a través de una sistematización de la atención al paciente politraumatizado, la organización correcta del equipo médico a cargo ha demostrado disminuir sustancialmente la cantidad de muertes y discapacidades. Debe ser corregida y calificada constantemente. Es una necesidad que requiere ser cubierta en todo servicio de urgencias y que puede lograrse con el adecuado seguimiento del formato que ofrecemos.

57

REIMPLANTE DE MANO EN EL HOSPITAL DR. IGNACIO MORONES PRIETO. SAN LUIS POTOSÍ.

José David Marmolejo Aguirre, Agraz CS, Barragán MA, Jaramillo GMA, Wong CAA, Dávalos AE. Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Ignacio Morones Prieto SSA, Guanajuato Gto.

Introducción: Anualmente se reciben 200 casos de trauma de mano, de ellas, aproximadamente el 3% (6), resultan en amputación traumática por machacamiento. En nuestro Hospital, previo a este caso, no hay precedente de reimplante extremidades. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 31 años, quien acude a servicio de urgencias posterior a sufrir amputación mano izquierda a nivel de carpo por arma blanca (machete). A su ingreso en choque hipovolémico con torniquete en tercio distal del antebrazo. A la exploración física, se encuentra borde nítido a nivel de amputación, sección total de mano en carpo, acude con mano en hielo. Se realiza estabilización hemodinámica del paciente, e inicia irrigación con solución salina y heparina de arterias radial y cubital de mano, así como de venas, mantenimiento de la misma en hielo. Se traslada paciente a quirófano. Acortamiento de superficie articular de muñeca y carpo, fijación de articulación con clavos de Kissner. anastomosis término-terminal espatulada de arterias radial y cubital, además de dos venas dorsales de la mano. Reparación musculotendinosa y neural cubital y mediano en segundo tiempo. Egresado por mejoría a la semana de su ingreso. Enviado a rehabilitación y seguimiento por consulta externa. Actualmente, recuperación funcional en aproximadamente el 80%. **Conclusiones:** No todos los casos de amputación de extremidades son candidatos a reimplante. En este caso en particular, se cumplieron las condiciones ideales para intentar llevar a cabo el reimplante, traer la mano en hielo, corte nítido de la amputación, adecuada irrigación de la pieza quirúrgica y la participación multidisciplinaria por Traumatología y Ortopedia, Cirugía General, Cirugía Vascular, Cirugía Plástica, Anestesiología y Rehabilitación.

58

SITUS INVERSUS TOTALIS, PACIENTE HERIDO POR ARMA DE FUEGO: REPORTE DE CASO

Luis Enrique Llamas Prieto, Ciambelli RDD, Bonilla VR, González DMA, Hernández ZJF, González MDN, Bravo CL, Ocampo GR. Servicio de Cirugía General, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde SSA, Guadalajara Jal.

Introducción: El *situs inversus* total es una rara alteración genética autonómica recesiva caracterizada por presentar inversión de los órganos intraabdominales impares, Dextrocardia con inversión de grandes vasos, hígado, bazo, estómago, intestino delgado y colon, su incidencia aproximada es de 1 en 10,000, la serie de variantes anatómicas infrecuentes les permiten vivir hasta la madurez, los órganos son normales desde el punto de vista estructural y rara vez causan un problema a menos que se acompañe de otros estados patológicos, como Síndrome de Kartagener o asociados con otras malformaciones congénitas, entre ellos la posición de la vena porta preduodenal, la agenesia de la vena cava, poliesplenía, y atresia biliar. En la litera-

tura mundial el tratamiento quirúrgico electivo en pacientes con *situs inversus* se reporta ocasionalmente, pero en trauma existen pocos reportes de pacientes los cuales recibieron manejo quirúrgico de urgencia. **Hipótesis:** Los pacientes con *situs inversus totalis*, una rara entidad donde las vísceras toraco-abdominales impares sufren de inversión completa, al realizar un procedimiento quirúrgico de urgencia, van a cursar una evolución transquirúrgica y postquirúrgica igual a pacientes con anatomía normal. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 21 años quien acude al servicio de urgencias del Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde», posterior a recibir un disparo por arma de fuego en región toraco-abdominal, con entrada en cuadrante superior izquierdo y trayectoria de salida posterior, zona lumbar izquierda. A su ingreso con signos vitales de FC 108, TA 100/80, FR 30 T37 grados, con cuadro de abdomen agudo y estado de choque hipovolémico, se da manejo médico de urgencia de estabilización hemodinámica, toma de exámenes de sangre y colocación de catéter venoso central. Se traslada de inmediato a quirófano para la realización de Laparotomía Exploradora, indicada por presentar una herida penetrante por arma de fuego, al abrir cavidad se descubre inversión de órganos intraabdominales más la corroboración radiográfica del tórax con Dextrocardia, diagnosticándolo como «*Situs Inversus Totalis*», presenta una serie de lesiones al trayecto de la bala de pequeño calibre, clasificadas de acuerdo a la escala orgánica traumática aprobada por la Asociación Americana de Cirugía de Trauma, las cuales se describen: lesión duodenal primera porción grado III, lesión de páncreas grado II, lesión hepática grado II segmento 5, lesión de vesícula grado II, lesión colon izquierdo grado II, lesión renal izquierda grado III, lesión de uréter grado IV, requirió un manejo traumático extenso, anatómicamente complejo y minucioso, por la situación invertida de todas las estructuras lesionadas, los procedimientos quirúrgicos realizados fueron: exclusión pilórica, diverticulización duodenal tipo Berne, Gastroyeyunoanastomosis más yeyuno-yeeyunoanastomosis en omega de Braun, colecistectomía con exploración de vía biliar, ureteroureteroanastomosis, colostomía en asa de ascendente izquierda, se traslada a unidad de cuidados intensivos por 48 horas. El paciente evoluciona satisfactoriamente iniciando la tolerancia de líquidos al 6to día, presenta fistula pancreática, evoluciona satisfactoriamente a la aplicación de octreotide, otros hallazgos poco descritos, fueron sexta vértebra lumbar y quiste cerebral occipital asintomáticos, se egrésa a los 14 días en buenas condiciones generales. **Conclusiones:** En cirugía de trauma, el conocimiento de estructuras anatómicas es de vital importancia, la rareza del caso presentado lleva al máximo estos conocimientos. El manejo de lesiones, según la Asociación Americana de Cirugía de Trauma, se logró aplicar sin complicaciones pese a que el paciente presentaba *situs inversus totalis*, haciendo de éste un caso único tanto por el Diagnóstico genético, como por las técnicas quirúrgicas que se le realizaron, cursando una evolución transquirúrgica y postquirúrgica estable que no requirió de otros cuidados especiales, en comparación con un paciente anatómicamente normal.

59

INCIDENTALOMA ADRENÉRGICO EN TRAUMA CERRADO DE ABDOMEN: REPORTE DE CASO

Manuel Arturo Lomeli Martínez, Llamas PLE, Hernández ZJF, Bravo CL, Ocampo GR. Servicio de Cirugía General, Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde SSA, Guadalajara Jal.

Introducción: El incidentaloma adrenérgico en una tumoración retroperitoneal que se encuentra rara vez en estudios de gabinete o en cirugías abdominales, en la literatura están descritos como tumoraciones adrenérgicas de 1.5 cm a 5 cm de tamaño, este parámetro más una serie de manifestaciones adrenérgicas determina la necesidad de cirugía, en al menos 2% se reportan como hemorrágicos sin repercusiones hemodinámicas. **Hipótesis:** En sangrado retroperitoneal de origen no identificado se debe considerar la posibilidad de encontrar un incidentaloma al abordaje quirúrgico. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 16 años el cual sufre traumatismo cerrado abdominal ocasionado por manubrio de bicicleta, presenta abdomen agudo y estado de choque hipovolémico, se realiza laparotomía exploradora en hospital de segundo nivel sin lograr determinar la causa masiva de sangrado, es empaquetado y derivado 3er nivel en el hospital civil de Guadalajara, lo reintervenimos en el servicio de cirugía de trauma, a la exploración paciente orointubado signos vitales FC 120, TA 80/40, FR 30, T36 grados, estado de choque hipovolémico clase IV biometría hemática a su ingreso con 3 g de hemoglobina, se pasa a quirófano urgente encontrando en forma transquirúrgico hemoperitoneo masivo, a la valoración de retroperitoneo se localiza una tumoración suprarrenal de 20 cm x 15 cm, en zona II izquierda con sangrado activo, se realiza resección completa de la tumoración suprarrenal con ligadura de pedículo, resto de la exploración de los riñones y glándula suprarrenal derecha de tamaño y morfología normal, el paciente es manejado en unidad de cuidados intensivos por 24 hrs, posterior manejo en sala es dado de alta a los 5 días en buenas condiciones generales. Con diagnóstico histopatológico de incidentaloma adrenal no funcional. **Conclusiones:** El incidentaloma adrenérgico se puede presentar como causa de choque hipovolémico en un trauma cerrado de abdomen.

ANÁLISIS DE LA CONSOLIDACIÓN ÓSEA EN FRACTURAS MANDIBULARES TRAS LA APLICACIÓN DE PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO

Alejandro González Ojeda, Medina QVM, Castillo CG, Guerrero VC, Vázquez CG, Medrano FM, Álvarez VAS, González MS, Muciño HMI, Fuentes OC. Unidad de Investigación, Hospital de Especialidades IMSS, Guadalajara Jal.

Introducción: En la actualidad existe un gran interés en el desarrollo de aplicaciones clínicas de los factores de crecimiento para mejorar la reparación a diferentes niveles incluida la reparación ósea. **Objetivo:** Disminuir el tiempo de consolidación de una fractura, mediante una técnica que no ocasiona daño alguno al paciente, técnicamente fácil y de bajo costo. **Material y métodos:** Ensayo Clínico controlado. Se incluyeron a 20 pacientes del Servicio de Maxilofacial del Centro Médico Nacional de Occidente ingresados con diagnóstico de fractura de ángulo mandibular en el periodo comprendido entre abril y agosto de 2007. Se formaron dos grupos: el grupo experimental (casos) ($n = 10$) fue sometido a reducción de la fractura de ángulo mandibular con fijación interna y aplicación de plasma rico en factores de crecimiento y el grupo control ($n = 10$) con el mismo procedimiento quirúrgico sin administración de plasma rico en factores de crecimiento. Fueron evaluados clínica y radiográficamente en el prequirúrgico, al mes y a los tres meses. Se digitalizaron las radiografías basales y de control analizando intensidad y densidad radiográfica. **Resultados:** Se incluyeron 20 pacientes, 10 en el grupo experimental con promedio de edad de 32 ± 11.3 años y 10 en el grupo control con una edad de 31.2 ± 8.48 años. En el grupo experimental la intensidad y densidad radiográfica encontrada al mes sobre el sitio de fractura fue superior. **Conclusiones:** La utilización de plasma rico en factores de crecimiento aunaado a reducción ósea adecuada favorece la consolidación ósea en menor tiempo, mejorando la recuperación del paciente. No hubo complicaciones en ninguno de los grupos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE HERIDAS POR PROYECTIL DE ARMA DE FUEGO EN EL HOSPITAL GENERAL «JESÚS KUMATE RODRÍGUEZ» DE CANCÚN

Pedro Córdoba Quintal, López MEO, Casarrubias MO, Hernández GFJ, Ríos GR, Cetina CR. Servicio de Cirugía General, Hospital Jesús Kumate Rodríguez SSA, Cancún Quintana Roo

Introducción: En México al igual que en el resto de América Latina las lesiones por el uso de armas de fuego van en aumento. El Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) en México para 1996, reportaba 11,575 delitos por arma de fuego, siendo el Distrito Federal en primer término con 1,001 registrados. En nuestra entidad federativa en los últimos 5 años se han incrementado las lesiones por proyectil de arma de fuego constituyendo la tercera causa de atención en pacientes con trauma. **Objetivo:** Conocer los datos demográficos, manejo inicial, características de la lesión, y manejo de la misma, así como las causas de egreso y morbilidad en los pacientes con heridas por arma de fuego en un hospital de segundo nivel. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal y observacional del 1º de enero del 2004 al 31 de marzo de 2008 se analizó medidas de tendencia central (media mediana desviación estándar etc.).

Resultados: Se incluyeron 33 pacientes, 88% del sexo masculino y 12% del sexo femenino, con edad promedio de 27 años, $DS \pm 12.5$. El 90% de los lesionados eran civiles, solo 10% pertenecían a una corporación policiaca. Las lesiones fueron en 45.5% en la vía pública, 15% en su domicilio, 18% en bares o antros, y 21% dentro del reclusorio. El 7% de los pacientes fueron atendidos en los primeros 30 minutos, 67% entre 30 min y 2 hs, y 26% después de 4 hs. Al ingresar a Urgencias 80% se encontraba con Glasgow de 13 o más, y solo el 3% con un Glasgow menor a 8, sin embargo 45% se encontraba intoxicado por alcohol, o algún enervante; 6% presentaban bradicardia, 18% taquicardia y 76% tenían una frecuencia cardíaca normal; en promedio, la Presión arterial Media fue de 78, $DS \pm 10.8$ mm/Hg. El manejo inicial con líquidos fue con 2,800 cc, $DS \pm 1350$ cc, ameritando transfusión el 21% de los pacientes, todos fueron canalizados con 2 vías, y se colocó catéter central en 18% de los pacientes, la antibióticoterapia se inició en todos los pacientes, en el 64% con doble esquema, en 9% con triple esquema, y en 27% con monoterapia, la cual fue a base de céfalosporinas. Respecto a las heridas, 85% tenían lesión única, y 15% eran múltiples, 12% a quemarropa y 88% a distancia; por sitio anatómico, 64% en extremidades, 15% en tórax, 15% en abdomen y 6% en cabeza y cuello. De los pacientes con lesión en tórax o abdomen, 12.5% tenían lesión en corazón, 12.5% en pulmón, 62.5% en estómago, intestino delgado o colon, y 12.5% en bazo. El servicio de cirugía general trató a 81% de los pacientes, 15% mediante laparotomía, 6% con sellado de agua, y en uno con toracotomía, 9% con lavado mecánico y cierre primario, y en 48% se realizó solo curación de la herida. La estancia hospitalaria en promedio fue de 6 días $DS \pm 4$, siendo egresados el 91% de los casos por mejoría, 3% por

traslado y 6% por alta voluntaria. **Conclusiones:** Las heridas por proyectil de arma de fuego en este hospital ha ido en aumento y actualmente constituyen una de las principales causas de atención en el servicio de urgencia en pacientes con trauma, esto puede deberse al incremento en la población a ritmo vertiginoso, y a la creciente violencia que se registra en el país. Las lesiones en extremidades y seguida de las de tórax y abdomen representaron más de tres terceras partes de los casos.

TRAUMA ABDOMINAL ÚTERO

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

Introducción: Los accidentes ocupan la cuarta causa de mortalidad en nuestro país, esto normalmente se debe a la severidad de las lesiones, las cuales en la mayoría de los casos son múltiples. Es muy raro que ocurra daño a órganos como útero y ovarios, esto se debe a que se encuentran protegidos por los huesos pélvicos, sin embargo existen casos excepcionales en donde por crecimiento anormal del útero o por presencia de miomas y secundario a trauma abdominal se pueden presentar lesiones de éste. **Objetivo:** La presentación de un caso de ruptura de mioma en un útero aumentado de tamaño secundario a trauma de abdomen.

Reporte del caso: Paciente femenina de 40 años de edad sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento al ser atropellada por vehículo automotor compacto, sale proyectada aproximadamente 4 metros y cae en decúbito dorsal. Refiere pérdida del estado de alerta durante algunos segundos. Es traída al departamento de urgencias del hospital Mocel para valoración. Al ingreso presenta náusea y vómito en 2 ocasiones, dolor a nivel supraciliar y frontal derecho, dolor costal bilateral, con signos vitales estables. En la EF con múltiples escoriaciones y equimosis en cara. Abdomen blando, depresible, peristalsis normoactiva, dolor a la palpación en hipocondrio derecho, presencia de masa en hemiabdomen inferior predominio derecho. Sin datos de irritación peritoneal. Se mantiene en observación con signos vitales estables, 2 días después continúa con dolor en epigastrio y ambos hipocondrios, se observa disminución 3 gr de hemoglobina, por lo que se toma una TAC y posterior a ésta se decide laparotomía diagnóstica encontrando Hemoperitoneo de 1,300 cc por desgarro de mioma uterino por miomatosis uterina de grandes elementos, se realiza Laparotomía exploradora + histerectomía abdominal + lavado de cavidad. Cinco días después se egresa la paciente totalmente recuperada. **Conclusiones:** La ruptura de órganos reproductivos es de extremadamente rara y más aún la de miomas uterinos, de cualquier manera se debe de sospechar ante trauma abdominal cerrado, realizar los estudios adecuados y resolver de manera oportuna las lesiones.

DIASTASIS DE LA SÍNFISIS DEL PUBIS COMO CONSECUENCIA DE LA PRÁCTICA DE PARACAISSIMO EN EL MEDIO MILITAR. REPORTE DE UN CASO

Oliver Núñez Cantú, García-Núñez LM, Cabello PR, Macías MJA, Jiménez CE, Guerrero GVH. Servicio de Cirugía de Trauma, Hospital Central Militar SEDENA, México D.F.

Introducción: Actualmente, el paracaidismo se practica ampliamente tanto en el medio civil (para actividades recreativas) como en el militar. El desarrollo de las técnicas del paracaidismo militar, las cuales permiten enviar por aire un gran número de soldados al campo de batalla, proporciona un ejemplo de cómo los médicos militares han estado estrechamente involucrados con operaciones que son llevadas a cabo en medios hostiles. Las lesiones en paracaidismo son relativamente comunes y pueden ocurrir desde el momento en que el paracaidista sale del avión hasta que el arnés es totalmente retirado. No existe una clasificación absoluta de lesiones por paracaidismo. De acuerdo con Bar-Dayan y colaboradores se han definido dos categorías de lesiones: mayores (fracturas, luxaciones, trauma craneocerebral, lesiones vertebrales o viscerales) y menores (contusiones, esguinces y escoriaciones). **Reporte del caso:** Masculino, militar activo, 36 años de edad, referido de un Escalón Militar Sanitario de segundo nivel a nuestro Centro de Trauma tras haber presentado dolor intenso y aumento de volumen en región perineal y ambas zonas inguinales durante realización de salto de entrenamiento en caída libre desde un avión a 5,000 pies de altura al momento de la apertura de la copa, ocasionando tracción súbita de la zona peripélvica por el arnés. A la exploración física se encontraron equimosis extensa, un gran hematoma en los tejidos blandos peripélvicos y escoriaciones dermoepidérmicas en cara interna del muslo derecho, ambas regiones inguinales, escroto y región suprapúbica. El paciente presentó dolor intenso en las zonas afectadas al momento de la lesión, sin que esto impidiera completar el salto en forma satisfactoria. Fue valorado y manejado inicialmente en su escalón sanitario, pero dada la intensidad del dolor, dificultad para deambulación y la presencia radiográfica de probable diastasis de la síntesis pubiana, se decidió trasla-

darlo al tercer nivel de atención médica. Una vez hospitalizado, el paciente fue evaluado sin que se documentaran datos en relación a patología asociada. Los paracálinicos básicos no mostraron datos fuera de parámetros normales. Se realizó tomografía computada de pelvis con reconstrucción tridimensional encontrando disrupción mínima de la sínfisis pubiana y ausencia de otras lesiones. El paciente se egresó sin complicaciones y con manejo médico sintomático. **Conclusiones:** En resumen, las lesiones producidas en el marco del paracaidismo militar son eventos relativamente comunes (0.8%-2.5%) que se presentan con mayor frecuencia en extremidades inferiores como consecuencia del mecanismo de caída. En este caso, creemos que la lesión pubiana fue secundaria a la mala utilización de los dispositivos de sujeción sobre la pelvis. La diastasis de la sínfisis del pubis es una lesión grave que se relaciona frecuentemente con lesiones víscero-nerviosas de las estructuras pélvicas y que por definición, traduce una alta transferencia de energía. El paciente fue evaluado en forma integral para descartar alguna lesión de las previamente mencionadas, utilizando métodos diagnósticos precisos. La incidencia de lesiones totales para actividades de paracaidismo varían de acuerdo con las series revisadas y va de 0.22 a 7.9%, dependiendo del escenario y del tipo de operaciones militares. En actividades deportivas se reporta en una serie de 110,000 saltos una incidencia de lesiones de 0.15%. La zona anatómica que se señala como más frecuentemente lesionada es el pie y el tobillo (30-60%). La tasa de mortalidad en paracaidismo militar es de 0.007%-0.29%, mientras que para el paracaidismo deportivo es de 0.005%.

64

LESIÓN RENAL POR CONTUSIÓN PROFUNDA DE ABDOMEN

Pablo García Robles. Servicio de Cirugía General, HG XOCO GDF, México D.F.

Introducción: El riñón es un órgano retroperitoneal relacionado con el diafragma en la parte superior, el cuadrado lumbar y las últimas costillas por detrás, y el músculo psoas y la segunda vértebra lumbar medialmente. Está envuelto por la fascia perirrenal que limita y contiene la sangre en casos de hemorragia y tiene importantes relaciones con otras vísceras. El riñón es un órgano bastante móvil, mientras que el pedículo vascular está bien fijo a la aorta, al igual que el uréter al retroperitoneo. Esto motiva que los traumatismos con mecanismos de desaceleración bruscos puedan romper el pedículo vascular y la unión ureteropélvica. Un hecho importante en los traumatismos renales es su poca relevancia sintomática, lo que unido a la frecuencia de lesiones asociadas incluso más evidentes, hacen difícil su diagnóstico. Aunque la mayoría de los traumas renales son limitados y rara causa de muerte, si no se diagnostican y tratan adecuadamente ocasionan una elevada morbilidad por las complicaciones tardías: hipertensión arterial, hidronefrosis, pseudonefrosis traumática, atrofia renal y litiasis renal. **Reporte del caso:** Se trata de un paciente femenino de 38 años de edad que se encuentra en el servicio de urgencias con el diagnóstico de policontundido secundario a atropellamiento por vehículo automotor. Se ingresó al servicio de urgencias, presentando estabilidad hemodinámica aparente, durante 12 horas, con la presencia de sonda de foley con gasto de hematuria franc. posterior a revaloración, presenta dolor abdominal importante y datos de irritación peritoneal, por lo que es sometida a laparotomía exploradora, encontrando lesión renal en el pedículo vascular, así como sección parcial de pelvecilla renal, con hematoma de aproximadamente 1,000 cc y orina libre en retroperitoneo. Se realiza nefrectomía derecha y ligadura baja de urétero. Evolucionando clínicamente estable hasta su egreso, sin complicaciones. **Conclusiones:** Al ser un órgano retroperitoneal bien protegido es necesario un traumatismo violento que justifica la presencia frecuente de lesiones añadidas, a veces más graves que el propio traumatismo renal para la supervivencia del paciente. Aun cuando el paciente se encuentre hemodinámicamente estable, los signos clínicos no son inmediatos, ni francos, se cuenta con estudios de gabinete como lo son radiografías TAC, USG, arteriografía, pielografía, que no es habitual tener en el servicio de urgencias en varios hospitales de la red del Distrito Federal y sobre todo en turno nocturno. Se debe sospechar lesión renal en cualquier trauma que se presente sin datos de irritación peritoneal.

65

LESIÓN POR TRILLADORA

Ana Lorena Ferrufino Mérida, Portillo TL, Vidaurreta SJ, Riera MA, Díaz BC, Muñoz SF, Gómez GM, Basilio OA. Servicio de Cirugía General, Cruz Roja Mexicana, México D.F.

Introducción: En todo paciente politraumatizado deben tenerse en mente las múltiples lesiones asociadas que el mecanismo conlleva por ende utilizar de manera sistematizada un protocolo de atención y manejo en estos casos. Un paciente con tórax inestable lleva consigo un sin fin de lesiones asociadas que necesitarán un manejo prioritario, sin embargo la naturaleza de las lesiones definirán la morbilidad asociada en cada caso. El manejo del tórax inestable disminuye considerablemente las complicaciones en el postoperatorio sobre todo a nivel pulmonar y ventilatorio. **Reporte del caso:** Ingresó paciente masculino de 12 años de edad, traído por helicóptero del Estado de México, con antecedente de caída sobre una trilladora en movimiento, con dos horas de evolución del accidente a su ingreso. Ingresó a cubículo de choque con: A: vía aérea permeable, B: Hipoventilación de hemitórax derecho a expensas de neumotórax abierto, C: Pulsos periféricos disminuidos de intensidad, D: Alerta con Glasgow 15, E: Se expone y explora Signos Vitales: TA 50/30, FC 130 min, FR 40 min, T 35C. Se coloca Sonda endopleural derecha con gasto de 800 cc hemático, dos vías periféricas 14Fr, se resucita con soluciones cristaloideas. El paciente conciente, Glasgow 15, pupilas isocóricas, cuello sin ingurgitación yugular. Campos pulmonares con hipoventilación de hemitórax derecho. Ruidos cardíacos rítmicos. Abdomen con rigidez muscular voluntaria con datos de irritación peritoneal, presenta en tórax posterior heridas cortantes: una infraescapular derecha de 7 cm que involucra hasta plano muscular, herida de 15 cm a nivel de T8 lado derecho que involucra hasta cavidad torácica, herida de 17 cm a nivel de T12 bilateral que involucra hasta plano muscular, herida de 15 cm a nivel de L1 bilateral que involucra hasta plano muscular. Genitales sin punto hemático, orina con hematuria macroscópica. Extremidades con adecuada fuerza y sensibilidad. Radiografía de tórax con fracturas de arcos costales: laterales derechas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7; posteriores derechas 1, 2, 3, 4 y 5. Se ingresa a quirófano donde se realiza toracotomía anterior derecha y laparotomía exploradora encontrándose como hallazgos: Lesión grado II lóbulo inferior pulmonar derecho, hemotórax 800 cc, lesión grado II diafragma derecho, lesión hepática grado II, lesión esplénica grado II, lesión renal derecha grado II, hemoperitoneo 1,000 cc. Se procede a la rafia de lesiones encontradas, evacuación de hemoperitoneo y hemotórax. Se realiza lavado quirúrgico de heridas en tórax posterior y se afrontan por planos. Ingresó a terapia intensiva para manejo postoperatorio, persistiendo con disociación toracoabdominal a pesar de la ferulización ventilatoria con intubación mecánica. Al tercer día de estancia en la unidad de cuidados intensivos se realiza fijación de arcos costales con miniplacas de titanio a nivel de 1, 4 y 5 arcos costales derechos. El paciente es extubado al día siguiente de las fijaciones costales, se retira sonda endopleural al día 6. Se egresa del servicio al día 12 tolerando adecuadamente la vía oral y sin complicaciones respiratorias. Se da seguimiento por consulta externa. **Conclusiones:** De acuerdo a lo encontrado en la literatura, la fijación de arcos costales está indicada en pacientes con tórax inestable que no mejoran a pesar del manejo con ferulización ventilatoria, constituyendo un procedimiento de mínima invasión que mejora de manera importante la función ventilatoria en pacientes politraumatizados.

66

SEGURIDAD Y PUNTOS CLAVE DE MANEJO DE LA CIRUGÍA MINI-INVASIVA EN EL MANEJO DEL TRAUMA ABDOMINAL EN PACIENTES CON HIPOTENSIÓN CONTROLADA

Felipe Vega Rivera, Weber SA, Pérez-Galaz F, Garteiz MD, Carbó RR. Servicio de Cirugía General/Laparoscopia, Hospital Ángeles Lomas, México D.F.

Introducción: La frecuencia de laparotomías exploradoras negativas y no terapéuticas en trauma, generan una morbilidad del 16 al 41% sólo por el acto quirúrgico. La laparoscopia exploradora es un valioso auxiliar en la evaluación de los pacientes con trauma abdominal contuso y penetrante.

Objetivo: Mostrar las ventajas de la laparoscopia diagnóstica y terapéutica en pacientes hemodinámicamente estables y con lesiones AIS. **Material y métodos:** Se realizó laparoscopia en ambos casos. **Resultados:** Caso Clínico Contuso Femenino de 34 años, víctima de volcadura en carretera. Abdomen con dolor de predominio derecho con resistencia muscular. FAST positivo en hueco pélvico y espacio de Morrison. Se programó para quirófano con probable lesión hepática. Se realizó laparoscopia exploradora inicial y se culminó laparoscópica con 3 puertos. Se encontró hemoperitoneo (1,000 ml), lesión hepática grado 1, en segmento VI de Couinaud, se colocó surgicel en el sitio de la lesión. Se aspiró el hemoperitoneo y exploró el resto del abdomen. No se encontraron lesiones intestinales ni hematomas en retroperitoneo. Tuvo también una fractura expuesta de cubito y radio derechos tratada con éxito en el mismo tiempo quirúrgico. Su evolución fue favorable y fue egresada 48 horas después sin complicaciones, con mínimo dolor postoperatorio, y recuperación abdominal absoluta. Caso Clínico Penetrante Masculino de 30 años agredido con instrumento punzocortante en 8° espacio intercostal línea medio clavicular derecha, con herida de 4 cm a nivel del 8° espacio intercostal línea media clavicular, la cual penetró la aponeurosis anterior, sin datos de sangrado activo. El abdomen blando, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal con peristalsis. La tele de tórax no mostró alteraciones. Se intervino por vía laparoscópica y se encontró hemoperitoneo de 2,000 ml, lesión hepática grado 2 en segmento VII de Couinaud sin sangrado activo. Se aspiró hemoperitoneo, cauterizó la lesión y se colocó parche de gelfoam. El paciente evolucionó favorablemente. Fue dado de alta a las 48 horas del internamiento con mínimo dolor postoperatorio y recuperación absoluta. **Conclusiones:** A pesar de ser parte del arsenal diagnóstico, en el manejo no operatorio del trauma abdominal, la laparoscopia terapéutica en el trauma abdominal contuso, es aún limitada.

Sin embargo, casos seleccionados pueden beneficiarse del establecimiento de protocolos para el inicio laparoscópico con fines diagnósticos, y decidir continuar el procedimiento de forma terapéutica o realizar la conversión planeada y oportuna en el paciente con trauma abdominal en general. En ambos casos la hipotensión controlada, permitió realizar la laparoscopia exploradora y culminar el procedimiento terapéutico por vía laparoscópica, previendo contar con todo el instrumental necesario para la conversión urgente. Técnicamente es posible visualizar los sitios más comunes de hemorragia y apreciar datos indirectos de posibles lesiones. Sin duda, la exploración del intestino por vía laparoscópica requiere de experiencia, pero la colocación adecuada de puertos estratégicos disminuye la dificultad y permite la reparación con técnicas avanzadas en forma laparoscópica. La exploración abdominal e intestinal en busca de lesiones adyacentes debe ser realizada minuciosamente y con los instrumentos adecuados para evitar lesiones desapercibidas o peor aún, lesiones provocadas por el instrumental. La experiencia y la destreza del equipo quirúrgico en técnicas de sutura intracorpórea, anastomosis intestinal y uso de engrapadoras es fundamental en este tipo de procedimientos. La cirugía mini-invasiva es un método seguro, eficaz, que produce menor dolor postquirúrgico, a diferencia de la laparotomía exploradora negativa o no terapéutica, con menores tiempos de hospitalización, costo por estancia, mejores resultados estéticos, así como menor morbilidad.

67

PREVALENCIA DEL TRAUMA ABDOMINAL Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA

Carlos Orlando Pacheco González, Cerdá CL, Sánchez RN, Mar CR, Torres FM, Flores MS, Rodríguez HR, Garibaldi IM, Viesca GJ, Ríos K, Chávez VC. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Tampico SSA, Tampico Tam.

Introducción: En México de nuestros días, la 1ra causa de muerte en jóvenes son los traumatismos y de éstos el 22% corresponde a las heridas por proyectil de arma de fuego. Las seguidas por arma punzocortante, ocupan el 2do lugar; la inmensa mayoría de estos casos si no es que todos, se tratan quirúrgicamente, por medio de una LAPE, seguida de medidas postoperatorias cuidadosas. **Objetivo:** ¿Cuál es la prevalencia del trauma abdominal dentro del hospital General Dr. Carlos Canseco, así como su diagnóstico, manejo y evolución intrahospitalaria? Se realizó un estudio de tipo retrospectivo transversal, descriptivo y observacional. **Material y métodos:** Se revisaron expedientes del 2006 al 2007 que se egresaron con Diagnóstico de LPD asociado con un Diagnóstico de Trauma Abdominal. Estudiándose las variables demográficas, sitio anatómico, mecanismo y tipo de lesión, órgano afectado, método diagnóstico y su relación con el alcohol. **Resultados:** Fueron un total de 25 pacientes de los cuales 22 fueron hombres y 3 mujeres correspondiendo al 88 y 12% respectivamente, 17 fueron penetrantes y 8 no penetrantes con 68 y 32% respectivamente, mecanismo de lesión predominio heridas por arma blanca con 46% seguido de caídas y golpes con 17% cada uno, arma de fuego 12% y accidente automovilístico 8%, la afección a órganos fue de hígado e ileón con 20% cada uno, seguido de epiplón 16%, vasos del mesenterio con 11%, riñón, yeyuno con 9% respectivamente, vesícula con 5%, estómago con 4% y bazo con 1%, sobrevivieron 21 pacientes y 4 muertes. En cuanto al diagnóstico, 40% se realizó clínicamente, 28% con apoyo de USG, 24% con lavado peritoneal diagnóstico y 85 por medio de TAC. **Conclusiones:** Existe una mayor incidencia de traumatismo abdominal, predominando el penetrante. Los órganos lesionados por orden de afección son: hígado, ileón e epiplón. Identificamos la existencia de la ingesta de bebidas alcohólicas durante el trauma. Aumentado éste la mortalidad. Se demostró que el método diagnóstico en esta unidad hospitalaria básicamente fue clínico, y basado en éste se decide tratamiento quirúrgico.

68

LESIÓN TRAQUEAL, MANEJO QUIRÚRGICO EN URGENCIAS

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

Introducción: Las lesiones traumáticas del árbol traqueobronquial eran consideradas raras hasta los últimos 20 años. En la década del 60 Hermes Grillo, publicó sus resultados clínicos y experimentales con resecciones de tráquea, iniciando la era actual de esta cirugía. Las lesiones traqueobronquiales pueden ser de dos tipos principales: 1) lesiones traqueobronquiales por contusión y 2) lesiones traqueobronquiales por heridas penetrantes. Las primeras se localizan con mayor frecuencia en los bronquios fuentes, cerca de la carina, y las segundas en la tráquea cervical. La real incidencia de transección de la tráquea intratorácica es desconocida. Injurias traqueales y bronquiales mayores han sido reportadas en el 0.8% H. Cetrangolo al 2.8%, Dr. Bectelsen de las víctimas muertas en accidentes. El 20% de esas lesiones están confinadas a la tráquea, y en el 21% la tráquea torácica es el sitio de la lesión. En un alto porcentaje, las víctimas presentan lesiones asociadas, comprometiendo generalmente, a los gran-

des vasos del cuello y mediastino, así como el esófago cervical y torácico. El índice de mortalidad de las lesiones traqueobronquiales oscila entre el 0% y el 33%, según las diversas series publicadas, las lesiones penetrantes presentan un índice de morbimortalidad sensiblemente mayor. Existe la posibilidad de ruptura en dos tiempos; el tejido fibroso peribronquial cede secundariamente, agravando bruscamente un cuadro de ruptura incompleta. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de una paciente masculino de 25 años de edad el cual es traído al servicio de urgencias posterior a recibir lesión por arma cortopunzante en región de cuello anterior, de aprox. 5 cm de diámetro, el paciente llega en estado de choque por lo cual se reanima y se estabiliza, inmediatamente es enviado al quirófano para su exploración encontrando lesión de un 90% de la circunferencia entre el 3 y 4 anillo traqueal sin otras lesiones esofágicas o de grandes vasos asociadas. Ambos recurrentes fueron identificados y protegidos. Se resecaron el anillo traqueal proximal y la cara cartilaginosa distal para obtener un colgajo de membranosa. Realizamos una anastomosis término-terminal con sutura 3/0 de ácido poliglicólico: sutura continua en la cara membranosa y puntos entrecortados en la cara cartilaginosa. No se realizó cobertura con tejido de la sutura. Se pautaron antibióticos de gran espectro y dexametasona 8 mg en bolo por la dificultad en el manejo de vía aérea durante la cirugía. Se inmovilizó la cabeza durante 7 días con puntos de mentón-esternón. La extubación se realizó con visión endoscópica a las 24 h de la cirugía y se introdujo un intercambiador de vía aérea nasotraqueal, que se retiró 3 d después. La broncoscopia mostró una movilidad de cuerdas vocales normales. En la unidad de cirugía torácica, el postoperatorio discurre sin incidencias sin problemas de aspiración o deglución. La revisión endoscópica a la semana mostró un diámetro de vía aérea normal y la sutura traqueal con buen aspecto sobre el tercer anillo traqueal. El paciente fue dado de alta sin complicaciones del postoperatorio. Tres meses después la broncoscopia presentó una vía aérea normal sin escaras o granulomas. La voz del paciente y su respiración fueron absolutamente normales. **Conclusiones:** Cuando se presentan casos de lesiones traqueales son situaciones amenazantes para la vida que suponen un reto para anestesiistas y cirujanos. En general, estas lesiones son poco frecuentes, pero su incidencia está creciendo debido a los accidentes de tráfico y traumatismos de alta energía. Las roturas traqueobronquiales ocurren a menudo secundarias a una intubación o un traumatismo torácico en pacientes varones, jóvenes en la segunda o tercera década de la vida. El diagnóstico precoz es muy importante para el pronóstico de estas lesiones, pues su retraso incrementa la mortalidad e impide la realización de tratamiento con sutura plástica por la desestructuración de tejidos traqueobronquiales y la aparición de mediastinitis. En este caso, la decisión quirúrgica se tomó por la lesión en progresión. Realizando una reparación en un solo paso sin traqueotomía. En nuestra opinión, la traqueotomía de protección postoperatoria no es necesaria a menos que haya lesiones laringeas asociadas, de otro modo sólo supondría otro traumatismo más para la vía respiratoria. El incremento de la presión en la vía aérea por la deglución y el reflejo tusígeno puede ser evitado con una minicricotiroidección en suturas de alto riesgo. Posteriormente la extubación después de cirugía traqueal tan pronto como sea posible es preferible en el quirófano. En conclusión, la laceración traqueal es una situación dramática cuyo tratamiento es controvertido. Sin embargo, la colaboración entre especialistas es esencial para en manejo adecuado de estas lesiones y así poder tener una pronta recuperación de nuestro paciente.

69

PERFORACIÓN DE CIEGO POR TRAUMA CONTUSO DE ABDOMEN, UN RETO PARA EL DIAGNÓSTICO

Erik Ramírez Ruiz, Santillán VMI, De La Peña MS, Trejo PJA, Muñoz CJA, Muñoz CIAJ, López SAI, Lihó NA, Solórzano PM, García HJC, Escamilla OAC. Servicio de Cirugía General, Hospital General Tacuba ISSSTE, México D.F.

Introducción: Durante el trauma contuso de abdomen, el mayor porcentaje de lesiones se presentan en vísceras macizas, siendo el hígado y el bazo los órganos más lesionados. Cuando la cinemática del trauma es mayor, se pueden presentar lesiones en vísceras huecas, sobre todo en los mesos y ocasionalmente como tal en la propia víscera, ocasionadas principalmente por estallamiento. La lesión de ciego por trauma contuso es muy rara, aunque muy bien explicada por la ley de Laplace, al funcionar físicamente como una esfera. El diagnóstico se basa en los signos físicos y radiológicos que ofrece la liberación de gas y contenido intestinal. La anamnesis y el estudio de la cinemática del trauma aportan la mayor cantidad de datos posibles para el diagnóstico de esta lesión. El presente cartel reporta un caso de trauma contuso de abdomen con perforación de ciego, pasado por alto y manejada como infección gastrointestinal, llegando a choque séptico de origen abdominal. **Reporte del caso:** Se reporta el caso de paciente masculino de 17 años de edad, el cual sufrió trauma contuso de abdomen secundario a choque automovilístico 10 días previos a su ingreso al servicio de urgencias, posterior al mismo presenta fiebre y dolor abdominal, el cual es manejado en servicio particular como faringoamigdalitis con antimicrobianos y antiinflamatorios.

torios, cediendo la sintomatología. A los 3 días nuevamente presenta fiebre, dolor abdominal, náusea y vómito, nuevamente en servicio médico particular se maneja con antimicrobianos, se solicita USG de hígado y vías biliares diagnosticando colecistitis aguda motivo del dolor abdominal. Es ingresado al servicio de urgencias del HG Tacuba a los 10 días, con mal estado general, datos de choque séptico, deshidratado, abdomen rígido, en madera, con peristalsis nula, hiperestesia e hiperbaralgia, rebote positivo, Jobert positivo. Rx simples de abdomen y tele de tórax muestran datos de aire libre subdiafragmático. Se somete a laparotomía encontrando peritonitis fecal masiva, con lesión de aprox. 1 cm en ciego, de bordes irregulares y con fuga de material intestinal. Se realiza hemicolectomía derecha y reconexión en ileotransversoanastomosis término lateral. Paciente pasa a terapia por datos de choque séptico, durante su estancia en UCI presentó falla renal, pulmonar y cardiaca, con 2 paros cardiacos de 10 minutos. A los 7 días egresado de UCI y a los 21 días egresado del servicio de cirugía. No presentó otras complicaciones. **Conclusiones:** El trauma de ciego si bien no es una lesión frecuente, es una lesión posible después del trauma contuso de abdomen, su diagnóstico se basa en la cinemática del trauma y en una adecuada anamnesis. El manejo adecuado del choque permite reconexión intestinal de primera intención y disminuye el número de complicaciones.

70

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DE TRAUMA EN 3 AÑOS DEL HOSPITAL GENERAL DE XOCO SSDF

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

Introducción: El trauma continúa siendo una de las principales causas de admisión hospitalaria, con una significativa mortalidad. Los pacientes traumatizados constituyen un grupo especial debido a sus características propias y al hecho de que su manejo generalmente se realiza bajo situaciones de tensión extrema. La protocolización de medidas de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado puede ayudar a disminuir la morbilidad y mortalidad en un paciente traumatizado, como consecuencia de toma de decisiones y/o realización de procedimientos quirúrgicos adecuados, durante la atención integral del mismo. Si el cirujano tratante no cuenta con los medios adecuados y experiencia en el manejo de pacientes traumatizados, lejos de proporcionar ayuda puede constituir un factor agregado de riesgo en un paciente que de por sí se encuentra en un estado fisiológico deteriorado. A pesar de la evidente mejoría en los procedimientos de manejo del paciente politraumatizado y del constante avance en los métodos de diagnóstico y apoyo perioperatorio, aún se presentan situaciones que condicionan morbilidad y mortalidad significativas en el paciente con trauma, situación que es previsible en la mayor parte de los casos. El factor primordial es la inexperiencia del cirujano de primer contacto, lo que puede condicionar la toma de decisiones incorrectas al no ser capaz de detectar situaciones patológicas previas o actuales que modificarán la evolución del paciente. Generalmente el paciente traumatizado es proclive a presentar esta problemática, ya que además de la presencia de lesiones graves y complejas, frecuentemente la toma de decisiones se realiza bajo tensión extrema, lo que en conjunto puede llevar a decisiones incorrectas al elegir la alternativa de manejo. Lo anterior puede agravarse si la instalación hospitalaria no cuenta con los recursos necesarios para tratar a estos pacientes, sobre todo si consideramos que en muchas ocasiones el manejo es multidisciplinario. **Objetivo:** Mostrar el análisis estadístico de la experiencia del Hospital General de Xoco durante los años 2005, 2006 y 2007 en cirugías realizadas en este periodo debido a ingresos por trauma en el servicio de cirugía general. **Material y métodos:** Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes traumatizados que ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital General de Xoco durante los años de 2005, 2006 y 2007 y que ameritaron de manejo quirúrgico por el servicio de cirugía general tomando en cuenta que en el hospital no se cuenta con servicios de subespecialidad se engloban lesiones por trauma torácico, abdominal, vascular, de cuello y en particular mención de los menos frecuentes también atendidos por el servicio, mencionados en el desarrollo del trabajo. Se analizaron: frecuencia de lesiones, área lesionada, órganos lesionados, mecanismo de lesión, cirugía requerida y mortalidad. **Resultados:** Se revisaron los expedientes de 842 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con trauma y que requirieron cirugía. En todos los casos, el abordaje inicial en el servicio de urgencias fue realizado por personal asignado al servicio y fueron manejados completamente quirúrgicos, el 59% fueron lesiones por instrumento punzocortante, 31% por contusión y el restante por lesión por arma de fuego y otros la región más lesionada 72% fue el abdomen, la menos lesionada fue genital 0.3%, el órgano más frecuentemente lesionado fue el hígado 58% e intestino delgado 42%, la cirugía realizada con mayor frecuencia fue laparotomía 85%, y la lesión asociada a mortalidad mayor fue la torácica. **Conclusiones:** El entrenamiento en cirugía de trauma en los cursos de cirugía general debe ser ajustado en base a la experiencia de los hospitales de concentración de trauma en México considerando las lesiones por áreas más frecuentemente encontradas en el servicio de urgencias y procedimientos para los órganos más lesionados.

MÓDULO: CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

71

TUMOR BENIGNO EN PUERTO EPIGÁSTRICO A UN AÑO DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA COMO CUADRO DE ABDOMEN AGUDO.

Xavier Toscano Igartua, González RL, Covarrubias PA, Bautista LCA, Toscano IS, Miranda LV, Preciado AN, Servicio de Cirugía General Hospital Civil Dr Juan I Menchaca Otro Organismo Público Descentralizado, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Tumores en puertos laparoscópicos son muy frecuentes asociados a lesiones malignas. Las cuales se desarrollan a partir de implantación celular. **Reporte del caso:** Paciente femenina de 37 años, colecistectomía laparoscópica en Marzo de 2006. Egresada sin complicaciones. Reporte postquirúrgico: vesícula sin datos de inflamación, con múltiples litos en su interior, se extrae vesícula por puerto epigástrico, se envía a patología. Reporte patología: Colecistitis crónica con metaplasia intestinal incompleta y depósitos de colesterol en serosa. Colecistolitiasis. Negativo para malignidad. En enero de 2007 presenta dolor ocasional en área epigástrica no relacionado al ejercicio de tipo urente, no intenso. El dolor aumenta de intensidad y frecuencia hasta 1 semana antes de su ingreso a urgencias, cuando nota crecimiento del área sobre la cicatriz epigástrica, la tumoración aumenta de tamaño y volumen así como el dolor el cual se vuelve intolerable acudiendo a urgencias adultos. Ingresada el día 18 abril 2007 por dolor abdominal el cual comienza asociado a tumoración epigástrica. A su ingreso paciente con fascies de dolor, taquicárdica, mucosa oral seca. Área cardiaca rítmica campos pulmonares sin compromiso, abdomen globos por panículo adiposo, se observa aumento de volumen sobre cicatriz de portal epigástrico acompañado de eritema, se palpa tumoraciones 10 cm x 4 cm, adherida a planos profundos, no reductible, muy dolorosa, no se palpan otras masas, no hay otros puntos dolorosos. Ruidos peristálticos presentes. Se ingresa a quirófano como hernia epigástrica, postincisional encarcada. Reporte quirúrgico: Se extirpa tumoración epigástrica que se extiende desde piel, tejido celular subcutáneo, aponeurosis músculo, peritoneo y descansa sobre hígado. Se realiza retiro de toda la tumoración en un solo fragmento se envía a patología tras quirúrgico, quienes reportan negativo para malignidad, proceso inflamatorio agudo abscedado y crónico con fibrosis cicatrizal secundaria (pseudocápsula), sobre tejido celular subcutáneo se encuentra material inflamatorio así como purulento, se cierra pared por planos previo aseo a base de mycrocin, y se deja con antibiótico terapia a base de gentamicina, cefalotina, metronidazol. Se incide tumoración al término de la cirugía, observando tejido fibrotico, pero al nivel de aponeurosis se observa capsula con material purulento en la cual presenta un trayecto que termina a la altura del tejido celular subcutáneo por donde probablemente se diera la fuga de dicho material. Se envía pieza a patología. Reporte de patología de tumoración: Tumoración la cual se encuentra atravesando tejido celular subcutáneo con infiltrado inflamatorio, aponeurosis, músculo y peritoneo, fijada al epíplano mayor y adosado al hígado. De dimensiones de 10 cm x 6 cm x 4 cm y 7 cm x 4 cm x 4 cm. Infiltrado agudo y crónico con células gigantes multi nucleadas y fibrosis, se realizan tinciones especiales para PAS, ZHIEL NELSEN, GRAM Y GROCOTT, todas negativas. Se envía a dos patólogos más para valoración de la pieza, quienes reportan fibrosis y negativo para malignidad. Se le realizan marcadores tumorales a la paciente Antígeno Carcino Embriionario, Ca 19.9, Ca 125, los cuales todos se reportan negativos. Se cuenta con seguimiento a un año y la paciente se encuentra con adecuada evolución asintomática y sin presentar signos o síntomas del desarrollo de alguna otra tumoración. **Conclusiones:** Antes considerados inofensivos, los litos perdidos tienen baja incidencia de complicaciones pero una gran variedad de problemas postoperatorios. Deben realizarse todos los esfuerzos por removerlos, para prevenirlas, sin embargo no justifican la conversión a cirugía abierta. La complicación más frecuente reportada fue el absceso en la pared abdominal, luego el absceso intra abdominal, subhepático y subfrénico. Otras complicaciones incluyen la formación de fistulas desde piel hasta región glúteo lumbar, expectoración de piedras, litos en saco herniario, ovario y tubolithiasis.

72

ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN HUMANO NO VIVO

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

Introducción: A 20 años de inicio de la cirugía laparoscopia aun se tiene graves problemas con la enseñanza y aprendizaje de este método, por lo que se han implementado modelos animales (cerdo, rata, conejo) y simuladores (de alto costo), a pesar de ello el cirujano continua con complicaciones graves de este abordaje, por lo que proponemos un modelo real que permita al alumno conocer la anatomía quirúrgica y así evitar en lo posible las complicaciones. **Objetivo:** Realizar el abordaje laparoscópico en huma-

nos no vivos para reducir el tiempo de aprendizaje con el conocimiento de la anatomía quirúrgica. **Material y métodos:** Se elaboró un endotrainer para realizar la cirugía en un modelo humano no vivo. Los procedimientos realizados fueron: Colecistectomía, funduplicatura tipo Nissen y plastia inguinal, previo el estudio de cada una de las regiones y sus referencias de anatomía quirúrgica laparoscópica. El grupo de alumnos fueron cirujanos generales supervisados por el autor. Los alumnos realizaron una hora de endotrainer diario. **Resultados:** El grupo de cirujanos (6), pudieron realizar los diferentes procedimientos quirúrgicos durante el curso sin presentar complicaciones en la identificación de las referencias anatómico quirúrgicas laparoscópicas, y tampoco en la técnica quirúrgica, además el tiempo quirúrgico no excedió al habitual para cada uno de los procedimientos. **Conclusiones:** El modelo humano no vivo para el entrenamiento de la cirugía laparoscópica es una herramienta de gran utilidad debido a que es exactamente lo mismo que se va encontrar en el paciente. Consideramos que es invaluable este modelo y que se debe difundir para evitar la morbi-mortalidad de la cirugía laparoscópica y disminuir la curva de aprendizaje.

73

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN EL ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO

Karina Lobato Macías, Kuri AR, Zaraín RA. Servicio de Cirugía General Hospital ISSSTEP, Puebla, Puebla

Introducción: La Cirugía Laparoscópica, ha avanzado progresivamente a procedimientos cada vez más complejos y ha generado interés en el tratamiento del abdomen agudo quirúrgico, aunque sigue siendo motivo de análisis y controversias. **Objetivos:** 1. Informar la experiencia obtenida en el tratamiento del abdomen agudo quirúrgico intervenido por vía laparoscópica. 2. Demostrar la utilidad de la laparoscopía, tanto en el diagnóstico como en la resolución del abdomen agudo. 3. Determinar las causas más frecuentes de abdomen agudo y evaluar el tratamiento aplicado. 4. Determinar la incidencia de complicaciones y de conversión de los procedimientos. 5. Determinar el tiempo de estancia intrahospitalaria. **Material y métodos:** Lugar: Hospital de Especialidades ISSSTEP. Diseño: Estudio observacional, retrospectivo. De un universo de 137 pacientes que ingresaron a quirófano bajo diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico, programados para Laparoscopía Diagnóstica a través del servicio de Urgencias en el Hospital de Especialidades ISSSTEP durante el periodo comprendido del 1º de enero del 2006 al 31 de diciembre del 2007. Se incluyen en el estudio a 125 pacientes, 12 pacientes fueron excluidos (1 bajo diagnóstico de trauma penetrante de abdomen y 11 programados como cirugía de urgencia sin presentar abdomen agudo); de los cuales 94 (75.2%) fueron de sexo femenino y 31 (24.8%) de sexo masculino, con un rango de edad de 19 a 80 años (media 49.5 años).

Resultados: De un total de 125 pacientes incluidos, en 123 (98.4%) se resolvió la patología por esta vía, convirtiendo el procedimiento en 2 casos (colecistectomía) (1.6%), 1 por hemorragia y 1 por coledocolitis con exploración de vía biliar. Las cirugías iniciadas y concluidas vía laparoscópica fueron: 99 colecistectomías (91 por colecistitis litiasica agudizada, 3 por colecistitis alitiásica, 3 por hidrocolecolecisto y 2 por piocoléctico), 1 con exploración de vía biliar por coledocolitis y 2 con biopsia hepática; 21 apendicectomías (2 grado IV, 3 grado III, 11 grado II y 5 grado I), 1 resección de quiste hemorrágico de ovario derecho con apendicectomía incidental, 1 salpingooforectomía derecha por embarazo ectópico con apendicectomía incidental y 1 laparoscopía diagnóstica en Síndrome de HELLP. Como incidentes: ruptura vesicular en 14 pacientes (11%) y lesión puntiforme de duodeno en 1 paciente (0.8%) resuelta por ésta vía. Hubo complicaciones en 2 pacientes (1.6%), 1 con paro cardiorespiratorio transoperatorio por reacción al medio de contraste durante colangiografía transoperatoria (0.8%), el cual fue revertido sin complicaciones y 1 paciente con edema agudo pulmonar (0.8%). Una paciente fue sometida nuevamente a exploración laparoscópica por datos de irritación peritoneal a causa de sangrado activo de la herida del puerto umbilical (0.8%). El tiempo quirúrgico fue de 30 minutos a 4.5 horas (media de 2.5 h) y la estancia intrahospitalaria fue de 1 a 6 días (media 3.5 días). Se corroboró el diagnóstico en 97.6% de los pacientes. No hubo mortalidad en este estudio. **Conclusiones:** La cirugía laparoscópica es un método eficaz para resolver el cuadro de abdomen agudo quirúrgico. Las contraindicaciones generales se refieren sobre todo a pacientes graves y e inestabilidad hemodinámica. En ausencia de contraindicación para el procedimiento laparoscópico, muchas enfermedades abdominales que requieren cirugía urgente pueden realizarse por ésta vía. Las indicaciones más frecuentes son colecistitis aguda, apendicitis y patologías ginecológicas.

74

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DURANTE EL EMBARAZO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE VERACRUZ

Miguel Ángel Dorantes Lagos, Solís TH, Cervantes MH. Servicio de Cirugía Gastrointestinal, Ginecología y Obstetricia, Hospital Español de Veracruz, Sociedad de Beneficencia Española, Veracruz, Veracruz

Introducción: Numerosos autores han demostrado la seguridad del uso de la laparoscopia durante el embarazo y sus beneficios en el binomio materno-fetal. Aun así, su uso continúa en controversia. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo es comunicar nuestra experiencia en cirugía laparoscópica en el embarazo durante 4 años en un hospital privado. **Material y métodos:** De diciembre de 2004 a abril de 2008 realizamos cirugía laparoscópica por patología abdominal quirúrgica a 8 pacientes durante el primer y segundo trimestre del embarazo en conjunto con su ginecólogo.

Resultados: Se realizó cirugía laparoscópica a 8 pacientes de edad entre 24 a 34 años, a todas las pacientes se les dio bloqueo subaracnóideo + sedación con mascarilla laringea, en todas se realizó el neumoperitoneo con técnica semiabierto, 5 pacientes (62.5%) tuvieron colecistitis aguda litiasica, de ellas, una paciente (12.5%) curso con piocoléctico. 3 pacientes (37.5%) tuvieron apendicitis aguda. En 5 pacientes (62.5%) el procedimiento se realizó durante el primer trimestre del embarazo, (3 colecistectomías y 2 apendicectomías). Durante el segundo trimestre el abordaje laparoscópico se llevó a cabo en 3 pacientes (37.5%) (2 colecistectomías y 1 apendicectomía). Todos los procedimientos se completaron por vía laparoscópica. 2 pacientes (25%) presentaron actividad uterina en el postoperatorio que fueron manejadas con tocolíticos. La mortalidad materna ó fetal fue 0. Al nacer un neonato presentó peso por debajo de lo esperado para su edad gestacional. **Conclusiones:** Creemos que la laparoscopia es un método seguro y eficaz en el tratamiento de patologías abdominales quirúrgicas durante el primer y segundo trimestre del embarazo.

75

LAPAROSCOPÍA DIAGNÓSTICA VS LAPAROTOMÍA EXPLORADORA EN ABDOMEN AGUDO NO TRAUMÁTICO

Karina Lobato Macías, Kuri AR, Zaraín RA. Servicio de Cirugía General, Hospital ISSSTEP, Puebla, Puebla

Introducción: El abdomen agudo tiene gran importancia a nivel profesional, social y económico, debido a su frecuencia en cualquier medio hospitalario. La Cirugía Laparoscópica, ha avanzado a procedimientos cada vez más complejos y ha generado interés en el tratamiento del abdomen agudo quirúrgico, aunque sigue siendo motivo de análisis y controversias.

Objetivos: 1. Definir y comparar las complicaciones que ocurren en pacientes que presentaron Abdomen Agudo y fueron sometidos a Laparotomía Exploradora (LE) o a Laparoscopía Diagnóstica (LD) para así determinar la vía de abordaje que presente una menor morbilidad. 2. Determinar el porcentaje de pacientes con Abdomen Agudo, sometidos a LD en que el procedimiento fue diagnóstico-terapéutico, así como el porcentaje de pacientes en que fue necesario convertir el procedimiento y su causa. 3. Determinar el tiempo de estancia intrahospitalaria en ambos grupos de estudio. **Material y métodos:** Lugar: Hospital de Especialidades ISSSTEP. Diseño: estudio analítico, longitudinal, bipectivo, unicéntrico y homodémico. De un universo de 478 pacientes que ingresaron a quirófano bajo diagnóstico de Abdomen Agudo quirúrgico, programados para LD o LE en el Hospital de Especialidades ISSSTEP del 1º de enero del 2006 al 31 de diciembre del 2007, se incluyeron 456 pacientes, 22 fueron excluidos (4 por trauma penetrante de abdomen y 18 programados como cirugía de urgencia sin presentar abdomen agudo). Los pacientes fueron incluidos en 2 grupos: Grupo A pacientes sometidos a LE: 331 pacientes, de los cuales 254 (76.7%) fueron de sexo femenino y 77 masculino (23.2%), con un rango de edad de 16 a 92 años (media 54) y Grupo B pacientes sometidos a LD (125 pacientes), de los cuales 94 (75.2%) fueron de sexo femenino y 31 masculino (24.8%), con un rango de edad de 19 a 80 años (media 49.5).

Resultados: De los pacientes del grupo A (331 pacientes), las cirugías realizadas fueron: 150 colecistectomías, 17 con exploración de vía biliar y 7 con biopsia hepática; 1 colecistostomía, 1 colecistectomía con apendicectomía, 149 apendicectomías, 9 adherenciolisis, 5 resecciones intestinales con restitución del tránsito intestinal, 7 resecciones intestinales con estoma, a 5 pacientes con perforación de úlcera péptica cierre primario con parche de Graham, y a 4 pacientes salpingooforectomía. Del grupo B (125 pacientes), en 123 (98.4%) se resolvió la patología por esta vía, convirtiendo el procedimiento en 2 casos (1.6%). Las cirugías iniciadas y concluidas vía laparoscópica fueron: 99 colecistectomías, 21 apendicectomías, 1 resección de quiste hemorrágico de ovario derecho con apendicectomía incidental, 1 salpingooforectomía derecha por embarazo ectópico con apendicectomía incidental y 1 laparoscopía diagnóstica en Síndrome de HELLP. Análisis de datos: Se confirmó el diagnóstico en 81.5% de los pacientes del grupo A contra 97.6% del B. Se presentó un 9.4% de complicaciones global, del cual 7.8% (26 pacientes) pertenecieron al grupo A, contra (1.6%) del grupo B. El promedio de estancia intrahospitalaria para el grupo A fue de 18 días contra 3.5 días del B, con predominio de entre 3 y 8 días para el grupo A y 1 a 3 para el B. El predominio de riesgo quirúrgico fue II/IV para el grupo A y I/II para el B. Hubo conversión del procedimiento en 1.6% de los casos del grupo B. El promedio del tiempo quirúrgico fue de 4.5 horas en el grupo A contra 2.5 horas del B y las dimensiones de la herida son mayores en el grupo A, que requirió mayor dosis de analgésicos. **Conclusiones:** Hubo menos complicaciones y un tiempo quirúrgico más corto con menor trauma quirúrgico en la LD. Fue mayor el tiempo de

estancia hospitalaria en la LE. Existe utilidad semejante de la LD y la LE para realizar los diagnósticos, aunque la utilidad terapéutica para la curación definitiva es superada en la LE. La LD es un método eficaz para resolver el Abdomen Agudo quirúrgico. En ausencia de contraindicación para la LD, muchas enfermedades abdominales que requieren cirugía urgente pueden realizarse por ésta vía.

MÓDULO: CIRUGÍA TORÁCICA

76

ENDOMETRIOSIS PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

Jon Mikel Iñarritu Castro. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Puebla SSA, Puebla, Pue.

Introducción: Se define como endometriosis la presencia de implantes de glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina y su musculatura. El crecimiento y mantenimiento de dichos implantes es dependiente de los estrógenos ováricos, de tal manera que esta enfermedad ocurre casi exclusivamente en mujeres en edad reproductiva o aquellas con terapia de reemplazo hormonal. Esta enfermedad involucra por lo general estructuras dentro de la pelvis, sin embargo, se puede encontrar tejido endometrial en el abdomen, cerebro, piel y tórax. La patogénesis de la enfermedad no es del todo clara, hay varias hipótesis acerca de cómo resulta tejido endometrial en sitios distantes a la pelvis. La endometriosis pulmonar se puede manifestar como neumotórax catamenial, hemotórax catamenial, hemoptisis catamenial, o bien, como nódulos pulmonares. Sólo el 6% de los casos de endometriosis pulmonar, se manifiestan como nódulos pulmonares. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 43 años de edad. Antecedente de colecistectomía hace 8 años complicada con sepsis abdominal y choque séptico, tuvo paro cardiorrespiratorio permaneciendo en UTI 10 días. Histerectomía con oforectomía izquierda por miomatosis uterina. HAS en tratamiento con enalapril. DM2 controlada con dieta. Inicia su padecimiento actual dos semanas previas a su ingreso a una institución de salud privada, con tos no productiva, en accesos, no emetizante o cianotizante. Durante este periodo, presentó hemoptisis, al parecer sin repercusiones hemodinámicas, hematológicas o respiratorias, sin más datos acompañantes. Niega fiebre o ataque al estado general. Previo a su ingreso (12h) presentó exacerbación del cuadro, por lo que acude a facultativo el cual decidió ingreso hospitalario. EF: IMC: 32kg/m². Paciente con palidez de tegumentos (+), campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin fenómenos agregados, ruidos cardíacos rítmicos de buena frecuencia e intensidad, abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal, resto de la exploración, normal. Hb 15.1, Hto 43 Leuc 6.9 Neut 4.0, Band 0, Linf 2.3, Plaq 310,000. Gluc 100, BUN 19.9, Creat 1.0, Alb 4.0, BT 0.6, BD 0.2, BI 0.4, TGO 20, TGP 33, F. alcalina 47, DHL 149, GGT 22. Na 143, K 3.1, Cl 107. TP 14.8seg, TPT 40.7seg, INR 1.1 Rx de tórax: Nódulos pulmonares bilaterales de diferentes tamaños, redondeados y uno mayor localizado en hemitórax derecho basal. Sin evidencia de derrame pleural o datos de condensación pulmonar, silueta cardiaca sin alteraciones. TAC de tórax: Se confirman lesiones nodulares bilaterales. Lesión mayor basal derecha de aprox. 3-4 cm de diámetro con centro hipodenso. PET scan: Lesión nodular basal derecha de 4 cm con aumento de metabolismo significativo, reportando el resto de los nódulos negativos. Se realiza biopsia por punción guiada por TAC (aguja fina), la cual se reporta como neoplasia maligna indiferenciada, no concluyente. La paciente es valorada por el servicio de cirugía de tórax por lesiones múltiples y bilaterales en parénquima pulmonar, hemoptisis ocasional no grave y sin diagnóstico preciso. Se realiza toracoscopia diagnóstica abordando el hemitórax derecho y se realiza biopsia de la lesión de mayor tamaño que fue positiva en el PET scan. Se decide resección completa de la masa mayor de 3 cm. Mediante engrapadora endoscópica de manera satisfactoria al igual que el nódulo menor. Se envían piezas a estudio transoperatorio, el cual reporta endometriosis pulmonar. Se realiza pleurodesis y se coloca sonda de toracostomía, se egresa a piso sin complicaciones. **Conclusiones:** El diagnóstico de endometriosis pulmonar es meramente clínico, sin embargo, al haber varios tipos de presentaciones, suele ser de exclusión. Este caso es interesante ya que la endometriosis pulmonar es muy rara y la paciente cursa con dos manifestaciones poco frecuentes. Para su diagnóstico es necesario hacer diferenciales de hemoptisis y nódulos pulmonares.

77

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN, SECUNDARIO A EMPIEMA

Judith Isabel Hernández Díaz, Pedraza HV, Chavarría RM, Estrada BA, Bazán BA, González GA, Portilla FV, Espinoza HR. Servicio de Cirugía de Trasplantes, Hospital Juárez de México SSA, México, D.F.

Introducción: Dentro de las etiologías del neumotórax a tensión la de mayor frecuencia es la secundaria a contusiones profundas de tórax, que ocasionan fracturas de arcos costales, principalmente de tipo lateral, y son eventos que suceden rápidamente, ocasionando la muerte de los pacientes de manera súbita, si no son diagnosticados a tiempo; de manera rara es la

presentación por la presencia de procesos infecciosos a nivel del espacio pleural, ya que se acompañan con mayor frecuencia de neumotórax simple, convirtiéndose a tensión cuando el paciente es sometido a presión positiva de manera inadvertida, el aire entra en el espacio pleural con cada respiración y queda atrapado, ocasionando colapso del pulmón, desplazamiento mediastinal y compresión del retorno venoso principalmente de manera súbita. **Reporte del caso:** Se trata de paciente de sexo femenino de 24 años, que fue postoperada de trasplante renal, requiriendo dos internamientos debido a rechazo agudo al injerto renal, siendo manejada con bolos de inmunosupresores, además de tratamiento profiláctico a base de medicamento antifúngico, antiviral y antibacteriano, presentando cuadro de infección de vía aérea superior durante su segundo ingreso, sin datos clínicos ni radiológicos de derrame pleural, ni opacidades homogéneas, sospechosas de infección a nivel pulmonar, presentando en cultivos de secreciones a nivel de herida quirúrgica y de orina, *E. coli*, durante su último internamiento, requirió manejo en quirófano a causa de herida quirúrgica infectada siendo sometida a presión positiva al requerir anestesia general, 5 horas después del procedimiento, y una hora después de colocación de catéter subclavio izquierdo, la paciente comienza con datos de dificultad respiratoria, en radiografía de tórax de control, se observa desplazamiento de mediastino hacia la izquierda, con colapso de pulmón derecho, y zona de opacidad homogénea basal, requiriendo la descompresión de urgencia con trocar 14fr a nivel de segundo espacio intercostal línea medio clavicular derecha, con salida de aire a presión, a la colocación de sonda endopleural 24fr, se obtiene 400cc de líquido purulento fétido, agregándose al manejo quinolonas de tercera generación, sin embargo la paciente fallece por complicaciones sépticas asociadas. **Conclusiones:** La incidencia de neumotórax a tensión relacionado con empiema, reportada es mínima, respecto a la frecuencia con que el empiema se acompaña de neumotórax simple, es sumamente raro diagnosticarlo sin tener la sospecha, en este caso la presencia de un catéter subclavio izquierdo pudo haber sido una causa principal de sospecha como complicación de neumotórax sin embargo el problema fue de lado derecho, no siendo detectado antes de someter a la paciente a presión positiva en el procedimiento quirúrgico, por lo que en éste tipo de pacientes se debe tener la sospecha de procesos infecciosos aunque no den manifestaciones al 100%, ya que por su estado de inmunosupresión, los mecanismos de defensa están alterados, y la respuesta del organismo no es franca.

78

TIMOMA PLEURAL GIGANTE

David Esmer Sánchez, Alfaro SA, Álvarez-Tostado F, Jiménez GC. Servicio de Cirugía, Hospital Central SSA, San Luis Potosí, S.L.P.

Introducción: Los timomas son neoplasias primarias del mediastino anteriosuperior originadas de células epiteliales timicas. Se han descrito excepcionalmente en localizaciones atípicas como pulmón, cuello, tiroídes y pleura. La presentación pleural únicamente se ha citado con anterioridad en diez ocasiones. **Reporte del caso:** Masculino 79 años, antecedentes de tabaquismo intenso, inicia con disnea progresiva hasta ortopnea y tos con expectoración blanquecina así como disfagia a sólidos no progresiva con pérdida de 5 kilos en 6 meses. En la exploración sin adenopatías palpables, hipovenitilación en hemitórax derecho. Laboratorios normales. Se solicita tele tórax encontrando tumor gigante en ápice pulmonar derecho, sin derrame pleural, se sospecha cáncer de pulmón y se solicita TAC de tórax demostrando tumor gigante en cavidad pleural derecha con desplazamiento de estructuras mediastinales y del pulmón ipsilateral, se somete a biopsia guiada por TAC la cual reportó timoma benigno. Se somete a resección por toracotomía posterolateral derecha sin complicaciones resecándose tumor de 18cm de diámetro, de aproximadamente 800g. Evolución satisfactoria y alta sin complicaciones. 1 año de seguimiento sin recurrencia. **Conclusiones:** Existen 11 casos reportados en la literatura 5 izquierdos y 4 derechos. Ninguno de ellos se acompañaba de miastenia gravis, hipogamaglobulinemia, aplasia eritroide u otras alteraciones sistémicas.

79

HIDATIDOSIS PULMONAR: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Alina García Maturano, Palafox CJ, Benites OF, Zamario SF. Servicio de Cirugía General, Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz Dr. Rafael Lucio SSA, Xalapa, Veracruz

Introducción: Parasitosis endémica en zona ganadera y de pastoreo. En América del Sur (Argentina, Chile, Uruguay, Paraguay, Perú y Brasil). Producida por la larva de *Echinococcus granulosus*. Localización habitual: hígado 65%; pulmonar 10% y portadores hepáticos asintomático 67%. En México no está bien definida su distribución. Existen informes de infección en perros de 10% a 15% en la ciudad de México y el estado de Michoacán. Escasamente llegan a 10 los casos notificados de hidatidosis humana en México; han sido casos autóctonos y no importados. El primer caso en México fue registrado en Anguageo, Mi-

choacán. En 1880, Bandera registró la parasitosis en la Ciudad de México al efectuar la necropsia de un varón joven. En 1960, Biagi y Meckel revisaron cuatro casos autóctonos, dos del Distrito Federal y otros dos de Michoacán. En la región agropecuaria de Irapuato, Guanajuato, en un periodo de 20 años (1983-2003), se reportó cuatro casos: dos con quistes pulmonares, 2 hepáticos, en promedio, un caso cada cinco años. Último caso reportado fue de Irapuato, Guanajuato: femenina de 33^a, con hidatidosis pulmonar en el 2003. **Reporte del caso:** Masculino de 26^a. Originario y residente de Ayahualulco, Perto, Veracruz, campesino: crianza de ganado vacuno, ovino (producción de leche queso y barbacoa), casado, católico, secundaria completa. Zoonosis (+) caninos, exposición ocasional a fertilizantes. Antecedentes patológicos sin importancia. Inicio 2 días previos a su ingreso con disnea progresiva de medianos a pequeños esfuerzos, alzas térmicas no cuantificadas, acompañadas de temblor intenso generalizado, diaforesis profusa, sin predominio de horario, constantes, que cedieron de manera parcial con la administración de metamizol sódico. 24 horas después por exacerbación de la sintomatología acudió a este Hospital. (Se intensificó la disnea en reposo, se agregó tos con expectoración blanquecina en cantidad moderada) A la exploración física: TA: 110/70 mmHg, FC: 85x', T: 38.5°C, FR: 29x'. Endomórfico, polipneico, pálido, hidratado, neurológico íntegro. Cuello sin alteraciones. Ruidos cardíacos rítmicos de buena frecuencia e intensidad, sin fenómenos agregados. Se integra Síndrome de condensación pulmonar basal derecho, estertores subcrepitantes derecho difusos, resto de la economía sin alteraciones. Laboratoriales a su ingreso: leucocitosis 14.200, Neutrofilia 88.9%, Eosinófilos 0.0%, Linfocitos 600, HB 15.8, Hto 49, Plaquetas 267 000, Citológico de expectoración: celularidad 3+; Polimorfonucleares 92%, Mononucleares 4%, eosinófilos 4%. Telerradiografía con imagen de «lirio acuático» en hemitórax basal derecho corroborado por tomografía contrastada de tórax con ventana pulmonar Tratado con albendazol por 5 días sin mejoría; se realizó cirugía Lobectomía media, con los siguientes hallazgos: Tumor quístico en lóbulo medio de 7x5cm de diámetro, superficie blanco amarillenta, líquido amarillento en su interior, con adherencias a pleura parietal anterior, resto del tejido aumentado de consistencia. Reporte histopatológico: Lóbulo pulmonar medio con quiste hidatídico y reacción inflamatoria crónica granulomatosa activa. Manejo postquirúrgico: albendazol por 7 días más. La evolución postoperatoria fue satisfactoria a la mejoría, egresado a los 10 días. Actualmente asintomático, en buenas condiciones generales. **Conclusiones:** La hidatidosis pulmonar es una enfermedad de lo más raro en nuestro país y la presentación pulmonar es menos frecuente, es importante hacer seguimiento del paciente, estudio de familiares y medio en que se encuentra, para detección y manejo oportuno.

80

NEUMOMEDIASTINO Y NEUMOPERICARDIO ESPONTÁNEOS. REPORTE DE UN CASO

José Armando Novoa Zamudio, Velasco NJC, Míreles AMT, Villegas CO. Servicio de Cirugía General, Hospital San José Tec de Monterrey, Monterrey, N.L.

Introducción: El neumomediastino espontáneo es una patología poco común que se presenta en 1 de cada 30,000 visitas a urgencias. Se presenta principalmente en adultos jóvenes, usualmente con historia de asma o uso de drogas inhaladas. En algunas ocasiones se acompaña de diseción de los vasos pulmonares con paso de aire al pericardio y produce neumopericardio que en ocasiones llega a poner en peligro la vida. **Reporte del caso:** Se trata de una paciente del sexo femenino de 15 años de edad que acude a consulta de urgencias por disnea y dolor torácico. La paciente no cuenta con antecedentes de importancia. Desde una semana previa presenta rincorrea hialina, tos y estornudos, tratados de manera sintomática. Veinticuatro horas previas al ingreso presenta un episodio de tos intensa acompañado de náusea y vómito; posterior a esto inicia con disnea de grandes esfuerzos que progresa a disnea en reposo. Sus signos vitales al ingreso son FC 115, FR 45, TA 100/60 T 36.5, a la exploración física se observa y palpa enfisema subcutáneo en cara anterior del cuello, en tórax a nivel de 2do y 4to espacio intercostal y en hombro derecho. Se auscultan estertores crepitantes bilaterales, ruidos cardíacos rítmicos y frote pericárdico en todos los focos, así como ruidos cardíacos atenuados. Los exámenes de laboratorio reportan GA Ph 7.5 pCO₂ 30.7 pO₂ 103.4 HCO₃: 26.8 BE 4.6 BH Leu: 22.3 N94% Hb: 13.5 HTG: 38.3 Pla: 298 QS Glu: 103 BUN: 5 Creat: 4 Na: 141 K: 3.9 Cl: 109 Se toma radiografía de tórax y TC de tórax que demuestran aire en mediastino y en pericardio; sin neumotórax ni derrame pleural. Se descarta perforación esofágica con un trago de material hidrosoluble. Se lleva a quirófano y se realiza ventana pericárdica subxifoidea obteniendo aire y 50 ml. de líquido serohemático. Inmediatamente mejora el estado hemodinámico y el patrón ventilatorio. Se realizan incisiones subclaviculares bilaterales para evacuar el enfisema subcutáneo. La paciente pasa a terapia intubada, se logra extubar a las 6 horas sin complicaciones, se da de alta a piso al día siguiente y evoluciona favorablemente egresándose al 3 día postoperatorio con una excelente evolu-

ción. **Conclusiones:** El neumomediastino espontáneo es una patología que rara vez requiere tratamiento quirúrgico, sin embargo, cuando se asocia a neumopericardio llega a provocar cambios hemodinámicos hasta en el 37% de los casos, en los cuales puede ser necesaria una descompresión pericárdica, procedimiento que puede salvar la vida.

81

ADENOCARCINOMA MUCINOSO (COLOIDE) DE PULMÓN: REPORTE DE UN CASO

Enrique Alfaro Robles, Esmer SD. Servicio de Cirugía, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto SSA, San Luis Potosí, S.L.P.

Introducción: La clasificación más reciente de la Organización mundial de la salud de los tumores de pulmón y pleura define el Adenocarcinoma mucinoso (Coloide) como un tumor con características similares a aquellos tumores del mismo nombre vistos en el tracto gastrointestinal. Las células tumorales son vistas sobre una base de mucina que dilata los espacios alveolares. Se caracterizan por lesión de la mucosa, marrón a marrón-gris, incluyendo aislados grupos de células atípicas dentro de espacios alveolares dilatados con mucina. Comparte también características histológicas similares al adenocarcinoma mucinoso del tracto gastrointestinal, ovario y mama, el adenocarcinoma mucinoso de pulmón puede requerir análisis inmunohistológico para confirmar el sitio primario del tumor. Pacientes con adenocarcinoma mucinoso (colide) con tipo celular de «copa» son más comunes y frecuentemente inmunoreactivos para marcadores de tipo intestinal como CDX2, citoqueratina 20 (CK20) y MUC 2. En contraste, menos frecuente las células tipo en anillo de sello del adenocarcinoma mucinoso (coloido) son inmunoreactivas para marcadores de origen pulmonar, como TTF-1 y CK7, y no son reactivas para los marcadores de origen intestinal. Es necesario distinguir el cistoadenoma mucinoso y el carcinoma bronquioalveolar mucinoso del adenocarcinoma mucinoso. El cistoadenoma mucinoso es una neoplasia benigna que es generalmente mucho menor, tiene una cápsula fibrosa y carece de la citología atípica vista en carcinomas. A pesar de que el Carcinoma bronquioalveolar mucinoso, la neoplasia pulmonar rica en mucina más común, y el carcinoma mucinoso de pulmón comparten características morfológicas, clínicas, radiológicas y microscópicas, son claramente diferentes. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 52 años, sin antecedentes heredofamiliares importantes, sin exposiciones ambientales de relevancia y con patologías previas negadas. Inicia con cuadro de seis meses de evolución, caracterizado por tos seca en accesos cortos, progresiva a accesos largos, se maneja con antibióticos, antitusígenos y AINE's sin mejoría, se envía a consulta en esta institución donde se solicita RX de Tórax, en la que se demuestra una lesión ocupativa en los lóbulos medio e inferior derechos, la cual se complementa con TAC de tórax que corrobora la lesión ocupativa en lóbulos mencionados, con microcalcificaciones difusas dentro de la lesión que involucra el bronquio inferior, así como un nódulo de las mismas características en el lóbulo superior izquierdo de 1 cm. Se realiza Biopsia pulmonar, con reporte histológico: Fragmento de 4.5x2x2 cm, con una superficie externa con áreas amarillentas hialinas, con áreas grisáceas con puntilleo marrón, de diámetro blanquecino (aspecto mucinoso), y al corte con áreas heterogéneas blanco-hialinas con puntilleo blanquecino. Diagnóstico histopatológico: ADENOCARCINOMA TIPO COLOIDE DE PULMÓN. Se decide de su referencia a quimioterapia. **Conclusiones:** El adenocarcinoma mucinoso (coloide) de pulmón es una variante inusual del adenocarcinoma de pulmón. La discriminación entre estos tumores, cistoadenomas mucinosos, carcinoma bronquioalveolar mucinoso, y lesiones metastásicas con características mucinosas pueden ser todo un reto especialmente en biopsias pequeñas.

82

HIDATIDOSIS PULMONAR: PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO DE HIDATIDOSIS PULMONAR BILATERAL

Pablo Villegas Tufiño, Huerta AAP, Moreno AE, Ley MLA, Ramírez CR, Bautista E, Sánchez BM, Romero HA. Servicio de Cirugía General, CMN Siglo XXI IMSS, México, D.F.

Introducción: La hidatidosis pulmonar es una zoonosis producida por Echinococcus granulosus. Las áreas geográficas de mayor prevalencia en el mundo son: América del Sur, Australia, Nueva Zelanda, Medio Oriente, Alaska, Canadá, Turquía. Se debe a la llegada de un embrión hexacanto al pulmón. El diagnóstico se realiza principalmente por hallazgos radiológicos, la TAC y las pruebas serológicas son complementarias. El tratamiento se basa en mebendazol o albendazol y principalmente quirúrgico. Los objetivos son: Reportar caso clínico de enfermedad hidatídica pulmonar bilateral, de presentación poco frecuente a nivel mundial, la cual, a la vez es poco común en México y representa un problema médico quirúrgico importante en Bolivia y en el mundo. Presentar un caso clínico médico quirúrgico característico de mencionada patología. Presentar imágenes relevantes para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. **Reporte del caso:** Se presenta un caso clínico de paciente del Instituto Nacional del Tórax de La

Paz, Bolivia. Masculino de 19 años de edad, estudiante, sin antecedentes patológicos de importancia, convivencia con mascotas desde su niñez, vivienda cerca rastro municipal, hermano diagnosticado de hidatidosis pulmonar hace 15 días. Es diagnosticado de hidatidosis pulmonar bilateral por presentar tos de tres meses, sin expectoración, intermitente a predominio nocturno. Al examen físico de ingreso con disminución de ruidos respiratorios en ambos campos pulmonares, matidez en región escapular y mamaria derecha, y en región subescapular izquierda. Resto de examen físico sin compromiso. Los exámenes laboratorio reportaron: Hb: 14,2 g/dL; leucocitos de 8,200/ul; neutrófilos: 73%; linfocitos: 22%; eosinófilos: 5%; Glc: normal; azoideos normales; TP y TPY normales. Placa PA de tórax con imagen quística redondeada, de bordes bien definidos y contenido homogéneo en región superior de pulmón derecho y región inferior en pulmón izquierdo, en la placa lateral ambas imágenes quísticas en regiones posteriores. USG abdominal normal (Hidatidosis pulmonar bilateral), (Rx lat.: Hidatidosis pulmonar bilateral) Se realiza quistectomía hidatídica pulmonar derecha por toracotomía posterolateral derecha en 5to EIC, se identifica quiste, existe ruptura, se lava la cavidad pleural con hipoclorito al 2%, sutura de fistulas broncoquísticas con prolene 3/0. Se instala tubo de drenaje pleural, presentando en el postoperatorio evolución lentamente favorable por expansión pulmonar inadecuada (Rx: Quistectomía de pulmón derecho). (Rx: Quistectomía de pulmón izquierdo). A los 10 días se realiza quistectomía de hidatidosis pulmonar izquierda con mismo procedimiento, con extracción de parásito en bloque, quiste hidatídico de 20 cm de diámetro. Se deja drenaje en cavidad pleural. (Quiste hidatídico de pulmón izquierdo). Paciente con evolución lentamente favorable, por expansión pulmonar inadecuada de pulmón derecho. Con adecuada expansión pulmonar bilateral es dado de alta (Postoperado: quistectomía bilateral). **Conclusiones:** El paciente estuvo relacionado con perros desde la niñez, éstos fueron los huéspedes del parásito ya que se alimentaban de vísceras de ganado vacuno. Las prácticas de riesgo específicas: manejo inadecuado de ganado, contacto con perros, falta de higiene, baja escolaridad y mala vigilancia sanitaria en el manejo de animales. El hombre se infesta al tener contacto con perros y al consumir vegetales o agua contaminados con sus heces. Es muy raro encontrar a pacientes con hidatidosis pulmonar bilateral. En este caso se decidieron intervenciones quirúrgicas con toracotomía posterolateral por la situación posterior de los quistes. La evolución fue lentamente favorable ya que las lesiones repercutieron a nivel parenquimatoso pulmonar y del espacio pleural. Mejorar el control sanitario de ganado vacuno, disminuirá la incidencia de esta enfermedad.

83

MANEJO CON BOLSA DE BOGOTÁ EN LESIÓN TORACO-PRECORDIAL

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

Introducción: Estos procedimientos surgieron por la necesidad de mejorar la terapéutica y el pronóstico de los pacientes con infección intrabdominal severa. Sin embargo en este paciente se realizó este procedimiento para poder controlar la infección presente. Este procedimiento se utiliza ampliamente en nuestro medio y en el mundo, iniciando en 1984 en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, ofrece características y ventajas por sus propiedades físicas, bajo costo y facilidad de manejo en los pacientes que lo requieren. En la práctica quirúrgica debemos enfrentar pacientes con heridas dehiscentes, necrosis de aponeurosis, peritonitis severas secundarias, pancreatitis necrotizante, con complicaciones postoperatorias: fugas en anastomosis intestinales, formación de fistulas, colecciones localizadas, peritonitis terciaria, ileo prolongado. En los últimos años, y en pacientes severamente traumatizados, se ha modificado su tratamiento con miras a disminuir la morbilidad, mediante la práctica de la cirugía abreviada o de salvamento. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de un paciente masculino de 18 años de edad el cual sufre herida por proyectil de arma de fuego en región precordial y torácica, por lo cual es traído al servicio de urgencias ingresándolo y reanimándolo en sala de choque, posteriormente es enviado al quirófano en donde se realiza esternotomía encontrando lesión pulmonar derecha en lóbulo medio y en región de ventrículo derecho, a lo cual se reparan las lesiones producidas por el arma de fuego y posteriormente es enviado a terapia intensiva en donde cursa rápidamente su evolución con infección del sitio operatorio, se interviene nuevamente encontrando salida de material purulento, por lo cual se decide lavado y colocación de bolsa de bogotá en región torácica, se interviene en numerosas ocasiones para control de la infección por medio de lavados quirúrgicos, el paciente evoluciona satisfactoriamente, siendo cerrado en su última intervención y con mejoría clínica de su estado se da de alta del servicio sin complicaciones. **Conclusiones:** En más de 20 años se han puesto una incontable cantidad de bolsas, para cerrar tórax y reemplazar el músculo del diafragma y también en el cuero cabelludo. En cirugía plástica, la han utilizado para envolver áreas quemadas en las extremidades, y ningún paciente ha tenido reacciones. Todo está comprobado por evidencia clínica, porque se han tenido pacientes con la bolsa puesta durante meses y han realizado distintos

ejercicio con ellos, como cultivos de la bolsa y de las cavidades. El éxito obedece a que el material es inerte, no produce reacción alguna en el organismo, no se adhiere a ninguna de las vísceras abdominales o torácicas y prácticamente no cuesta nada. El cierre de la pared con la bolsa de Bogotá es una técnica simple, viable y rápida. Una malla de velcro que se coloca a la fascia o a la piel con sutura continua de Prolene 0, con las ventajas de dar mas amplitud a la cavidad, si la presión es alta y o estrecharla mas si la presión es baja, así se afrontan los bordes de la fascia evitando una eventación de mayor tamaño. Esta técnica permite la exploración de la cavidad con la simple separación de las hojas del velcro y se puede realizar la cirugía por etapas a través de esta malla, se realizan las anastomosis que sean requeridas, los reparos vasculares, el desempaquetamiento y se realizan los lavados peritoneales o torácicos sin ninguna complicación. El cierre de una toracotomía en la que se han empleado técnicas de control de daños puede ser una decisión difícil de tomar. Frecuentemente, una vez que se ha tratado el sangrado intratorácico, la mayor causa de pérdidas procede de la pared. Los pacientes hipotérmicos y con coagulopatías pueden tener sangrado quirúrgico o no quirúrgico por estas razones fisiopatológicas. En los momentos extremos, como método temporal el tórax puede ser cerrado con el uso de pinzas de erinas a través de la incisión, así como para disminuir las pérdidas de calor. Sin embargo, este método no ofrece una hemostasia adecuada de la pared. Otra opción es el cierre en masa de la pared usando músculos y la piel con una sutura continua, con lo cual mejora la hemostasia. Puede no tolerarse el cierre de la pared por cualquiera de estos dos métodos, pues pueden presentarse signos y síntomas de síndrome compartimental del tórax. El sistema Vacuum utilizado en los últimos años permite cuantificar la pérdida exacta de líquidos y sangre, previene el síndrome de compartimiento abdominal, liberando la presión intrabdominal, hace más posible el cierre de la fascia que los otros sistemas y si se usa con esponjas ayuda a la granulación.

84

PROCEDIMIENTO DE ELOESSER PARA PIOTÓRAX CRÓNICO. REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD, PEMEX

Bárbara Ruiz Verdúzco, Molinard, Luna MJ, Mata QCJ, Cruzza, Serrano RP, Ramírez MF, Esquivel CV, Jiménez GA. Servicio de Cirugía General, HCSAE PEMEX, México, D.F.

Introducción: El piotorax crónico tiene como etiología más frecuente el mal manejo de sondas endopleurales para la resolución de patología pleural, en su mayoría traumática. Se encuentra también en la gran mayoría de casos de fistulas broncopleurales postoperatorias. El piotorax crónico se debe a la perpetuación de la infección polimicrobiana y cuando acompaña a una fistula broncopleural, generalmente es el factor de perpetuación de la misma. Las fistulas broncopleurales tienen una prevalencia de 3 - 28% en pacientes neumonectomizados. Dentro de las principales causas se menciona en la literatura universal el origen neoplásico. Las resecciones pulmonares usadas para el tratamiento de las complicaciones de la tuberculosis son cada vez menos frecuentes, pero a pesar de tratamientos efectivos contra esta infección, en nuestro país todavía representa una causa frecuente de fistula broncopleural. El manejo de casos complicados y crónicos de piotorax debe de ser agresivo. El procedimiento de Eloesser se reserva para estos casos y ha demostrado eficacia para el manejo inicial de esta patología. **Reporte del caso:** Se trata de un paciente femenino de 51 años de edad con el antecedente de neumonectomía derecha por lesión fílica 29 años previos la valoración inicial, multitransfundida, portadora de hepatitis C sin tratamiento. Inicia su padecimiento 7 meses previos a su ingreso al Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX con secreción por orificio en tórax anterior, fiebre nocturna, pérdida ponderal del 10% y tos con expectoración blanquecina. Encontramos paciente con desviación del tórax y esqueleto axial a la derecha, con signos vitales normales, sin datos de compromiso cardiopulmonar. Con secreción purulenta por orificio de 0.5cm en cicatriz de toracotomía, en región submamaria derecha línea axilar anterior, sin fuga aérea a la maniobra de valsalva. leu 7.8, hb 8.8g%, azoideos, electrólitos, pruebas de función hepática normales, tiempos de coagulación con TP al 54%. Cultivo de secreción Gram, BAAR, Ziel-Nielsen negativos. Cultivo de expectoración positivo para *Candida albicans*. Tele de tórax con hemitorax derecho velado. TAC torácica con ausencia quirúrgica de pulmón derecho, colección en base torácica derecha. Fistulografía con colección basal derecha, no se demuestra comunicación con árbol respiratorio. Se realiza procedimiento de Eloesser sin complicaciones. La paciente evoluciona satisfactoriamente, actualmente continúa en curaciones diaria con mejoría del estado general. Se planea reconstrucción de pared torácica una vez que la cavidad se encuentra en condiciones. **Conclusiones:** El piotorax es una complicación tardía que acompaña a fistulas broncopleurales. El procedimiento de Eloesser como manejo inicial, es una elección radical y definitiva que permite la erradicación progresiva de los microorganismos casuales y a largo plazo, la restitución de las condiciones premórbidas de los pacientes.

MANEJO QUIRÚRGICO DEL CONDUCTO TORÁCICO Y QUILOTÓRAX

Rene Francisco Powell Moreno. Servicio de Cirugía de Tórax, Hospital San José Puebla IMSS, Puebla, Pue.

Introducción: El quilotórax es la acumulación de líquido linfático desde los conductos torácicos, hacia el espacio pleural. El quilo proviene desde los drenajes linfáticos de los intestinos, pero también incluyen los linfáticos de los pulmones, hígado, pared abdominal y las extremidades. Las causas de la formación del quilotórax, son debido a factores a).-Congénitos: anomalías del ducto. b).-Adquiridas: 1.-Quirúrgicas, 2.-traumatismos cerrados y penetrantes o abiertos del tórax, 3.-tumores malignos, 4.-Procesos inflamatorios, 5.-Idiopáticas. Los neoplasmas mediastinales son los responsables de los quilotórax espontáneos en el adulto. Aproximadamente el 60% al 70% de todas las grasas ingeridas son absorbidas por los linfáticos intestinales y transportados por los conductos torácicos. Las pérdidas prolongadas de linfa de los conductos torácicos conlleva a pérdida de grasas, proteínas plasmáticas así como pérdidas de linfocitos «T» llevando al paciente a un estado de inmunosupresión. Mortalidad de un 50% a nivel mundial, y una incidencia como complicación de cirugías torácica de un 2.5%. El diagnóstico de quilotórax se sospecha por el desarrollo de la efusión pleural secundario a la exposición del paciente a uno de los factores etiológicos ya antes mencionados y se confirma por citoquímico del líquido extraído por toracocentesis y la evidencia de las características lechosas del líquido obtenido. El análisis revela elevado niveles de triglicéridos y proteínas totales el conteo de células revela una marcada predominancia de linfocitos de 400 a 700/ml, kl los niveles de triglicéridos son de >110 mg/dl. **Reporte del caso:** En el Hospital de Especialidades IMSS de Puebla, se presenta el caso clínico de Septiembre de 2007 a Mayo de 2008, a un paciente de sexo femenino, 15 años de edad, sin antecedentes de importancia, que inicia su padecimiento 6 meses, antes de su ingreso con disnea de medianos esfuerzos, y datos de dificultad respiratoria, con Rx de tórax con datos de derrame pleural izquierdo, manejado con sonda endopleural y gasto elevado de características, lechosas, 15 días posteriores a la inserción de sonda endopleural inicia con derrame pleural bilateral de gasto de hasta 1700 ml por día. Además paciente con datos de desnutrición severa pérdida de más de 20 kg, de peso hipovenitilación en ambos campos pulmonares, citoquímico: PH: 8, Leucocitos: 1350, Proteínas Totales: 2069, diferencial: MN: 95%, PMN: 5% se da NPT, por 4 semanas sin mejoría clínica, siendo programada para cirugía 4 semanas después, realizándose toracotomía posterolateral derecha y ligadura del conducto torácico desde el diafragma hasta el cayado aórtico cursando con franca mejoría clínica, y alta hospitalaria 2 semanas después del evento quirúrgico. Con expansión de ambos pulmones un derrame residual de menos del 10% del lado izquierdo. **Conclusiones:** La presencia del conducto torácico, de cualquier etiología, representa un reto para los cirujanos, ya que el manejo médico conservador es muy controversial y la mortalidad es muy alta: hasta un 50% en la literatura mundial y nacional, basando su manejo en dietas bajas en grasa y nutrición parenteral total, por 3 o 4 semanas, aun cuando el paciente mantiene gastos elevados por sonda endopleural y acentuando su estado de desnutrición, y compromiso inmunológico. Siendo el manejo quirúrgico el método de elección en un periodo no mayor de 5 a 7 días de haberse iniciado la NPT, para disminuir la morbilidad de estos pacientes, siendo la técnica quirúrgica ideal, la toracotomía posterolateral derecha, a nivel del 7mo u 8vo, espacios intercostal- por aspectos anatómicos del conducto torácico el cual se encuentra del lado derecho del tórax. Siendo el evento quirúrgico de mucha importancia para disminuir el índice de desnutrición y estado de inmunocomprometido que pueden ocasionar en el paciente un desenlace fatal. Siendo el procedimiento quirúrgico altamente efectivo.

USO DE SISTEMA VAC MR PARA EL MANEJO DE URGENCIA DEL TÓRAX ABIERTO

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

Introducción: El trauma de la pared del tórax se define como aquella lesión de la pared del tórax que compromete la mecánica funcional de la misma, repercutiendo en la relación ventilación perfusión, en el intercambio gaseoso (hipoxemia y/o Hipercapnia). Existen desde traumatismos simples hasta fracturas de los arcos costales, éstas pueden ser simples o dobles, lo que hace que el tórax sea inestable y provoque un movimiento paradójico de la pared de este que condiciona alteraciones en el movimiento coordinado del tórax a la inspiración y la espiración, entre las partes óseas y los pulmones, induciendo un desequilibrio de intercambio gaseoso. Las fracturas dobles obedecen a lesiones por aplastamiento y pueden producir respiración paradójica. Cuando hay inspiración, el segmento desprendido de la pared torácica se retrae o hunde y en la espiración el segmento flotante se expande, el pulmón puede hallarse total o parcialmente colapsado. Cuando hay antecedente de toracotomía en algunos

casos se presenta dehiscencia como complicación de la plastia del tórax después del procedimiento quirúrgico lo que produce un síndrome clínico con una serie de manifestaciones que corresponden al tórax abierto, dentro de las cuales se presenta con urgencia absoluta la restricción ventilatoria por colapso pulmonar y falla de la mecánica de la pared torácica. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 34 años de edad quien se encuentra como interno en el reclusorio norte de la ciudad de México quien es agredido en esa institución por terceras personas con instrumento punzocortante 10 días previos a su ingreso a nuestro hospital se realiza toracotomía latero-lateral por lesiones pulmonares y cardíaca, se realiza rafia cardíaca y pulmonar y se realiza plastia del tórax con sutura poliéster, al 90 DIA del postoperatorio dehiscen la herida y es enviado a nuestra unidad donde ingresa con traumatopnea bilateral, falla respiratoria e hipoxia severa, por lo que se decide colocación de sistema VAC de drenaje asistido al vacío el cual genera un sellado hipobárico en la herida que promueve la expansión pulmonar aun con el tórax inestable, recupera función ventilatoria al momento de la colocación lo que permite programar la plastia del tórax cuando se cuenta con material adecuado, evoluciona de manera satisfactoria y egresa del servicio con tejido de granulación sobre la herida. **Conclusiones:** El sistema de drenaje asistido con vacío VAC MR diseñado para el manejo de heridas agudas y crónicas infectadas, tiene utilidad mecánica en el manejo del tórax abierto cuando la succión tradicional con sonda endopleural no es posible por el defecto amplio de la pared para resolver la urgencia ventilatoria y en el manejo posterior a la plastia del tórax como favorecedor de la cicatrización.

MÓDULO: COLON Y RECTO

MANEJO QUIRÚRGICO PARA RETIRO DE OBJETO EXTRAÑO EN COLON DESCENDENTE

Cristina Lilian Martínez Chávez, Sánchez MRA, Retana MF, Ramos XR. Servicio de Cirugía General. Hospital General Villa, SSGDF

Introducción: Se han descrito desde hace mucho tiempo prácticas sexuales relacionadas con el uso de enemas como estimulantes, o introducción de cuerpos extraños o la introducción del púho de la pareja por el recto o por la vagina. La frecuencia de las prácticas sexuales «poco comunes» en nuestro medio es desconocida. El momento de la consulta después de la lesión es variable y puede retrasarse por vergüenza. Pueden cursar asintomáticos o con dolor anal, molestias pélvicas, dolor abdominal bajo, etc. Las complicaciones son diversas: perforaciones rectales o colónicas, peritonitis y abscesos intraabdominales, obstrucción intestinal baja, pudiendo llegar al shock séptico y a la muerte. El diagnóstico no es sencillo así pues la historia clínica y la exploración física son fundamentales; la rectosigmoidoscopia junto con la radiografía son esenciales para completar el diagnóstico de objetos extraños. La radiografía de tórax es útil, así como la radiografía de pelvis de frente y perfil es esencial para identificar los objetos, permitiendo definir su tamaño, forma, número y localización. La ecografía y la tomografía computarizada son precisas para identificar las complicaciones. El tratamiento es muy diverso, en la mayoría de los casos los cuerpos extraños pueden ser extraídos sin requerir métodos quirúrgicos, la extracción va desde la forma digital o por endoscopia y puede realizarse extracción transanal bajo sedación, anestesia local, raquídea o general, con dilatación anal. En presencia de complicaciones o fracaso de la extracción endoscópica o manual, se ha de realizar laparotomía exploradora y extracción digital, colotomía en la pared anterior del recto; sutura primaria de la perforación rectal con lavado y drenaje de la cavidad abdominal; cierre de la perforación con exclusión fecal mediante colostomía en asa; colostomía de la propia lesión exteriorizada; intervención de Hartmann; o hasta exéresis abdominoperineal. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 58 años, sin antecedentes de importancia. Acude al Servicio de Urgencias por referir dolor abdominal bajo de 4 horas de evolución posterior al estar realizando prácticas sexuales poco usuales con su esposa, al interrogatorio dirigido menciona que hubo introducción transanal de cuerpo extraño e imposibilidad para la extracción del mismo por lo que acudió a este hospital para su extracción. La exploración física revela Glasgow 14 puntos FC 100x' FR 20x' Temp. 37.5°, angustiado, con regular estado hídrico, cardiopulmonar sin compromiso evidente, el abdomen globoso por panículo adiposo, peristalsis disminuida, dolor a la palpación profunda en flanco izquierdo, sin irritación peritoneal, se palpa objeto extraño que abarca mesogastrio, hipogastrio y fossa iliaca izquierda, genitales sin alteraciones, tacto rectal se observa ano dilatado y palpación de objeto de consistencia dura y lisa, extremidades sin alteraciones. Los paraclinicos revelan leucocitos de 11 mil sin neutrofilia, Hb 14.2, Htco 38% Glucosa 98 creatinina 1.1 Radiografía de abdomen revela objeto extraño en hueco pélvico Rx de tórax sin alteraciones. Se decide realizar extracción de objeto extraño bajo sedación y anestesia regional, se realizaron varios intentos de extracción manual y con sonda Foley sin éxito por lo que se decide realizar laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos: objeto cilíndrico de vidrio en colon descendente con efecto de vacío se realiza colotomía en pared anterior de recto extrayendo objeto extraño (botella vidrio) se realiza

ciere primario de colon descendente en 1 plano. Inicia vía oral a las 72 h postoperatorias, siendo egresado a los 4 días sin ninguna complicación. **Conclusiones:** A pesar de la poca frecuencia de lesiones anorrectales por introducción de cuerpo extraño es una posibilidad a tener en cuenta ante un dolor pélvico o anal. El interrogatorio y la EF son esenciales para decidir una pauta quirúrgica. El tratamiento depende principalmente de la etiopatogenia, el grado de lesión colorrectal, las lesiones asociadas y las complicaciones.

88

LA ADICIÓN A FALOS ELECTRÓNICOS POR VÍA ANAL, COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL «ACCIDENTAL»

Gerardo Ramírez Colín, De la Peña MS, González VR, Lihó NA. Servicio de Cirugía General. Hospital General Tacuba, ISSSTE, México, D.F.

Introducción: La tecnología ha progresado a pasos agigantados, y con esto las complicaciones oclusivas o de perforación intestinal secundarias casi siempre accidental, a introducción de cuerpos extraños a través del ano. Incluso en el momento se refieren términos como la puñófornicación, muchas de las lesiones se presentan durante las maniobras para extraer los mismos a través del ano. (Maniobra de Lord). La bibliografía reporta casos aislados, sin embargo la frecuencia va incrementándose paulatinamente. **Reporte del caso:** Masculino de 26 años ingresa al Servicio de Urgencias por presentar cuadro compatible con oclusión intestinal caracterizado por distensión abdominal, cólicos frecuentes y ausencia de evacuaciones intestinales. Se refiere una evolución de más de 12 horas, se refiere como antecedente, sufrir de prurito anal que sólo es mitigado mediante un instrumento vibrátil, a la exploración física se encuentra consciente orientado cooperador, bien hidratado, sin alteraciones cardiorrespiratorias agudas, abdomen distendido, con timpanismo generalizado, conservando matidez hepática, existe peristalsis pero muy disminuida, al tacto rectal el ámpula rectal está vacía. Se solicitan radiografías de abdomen en donde se observa pequeño cuerpo extraño con aparentes cables y botones, por lo que se solicita el apoyo de endoscopia, los cuales no pueden extraer el cuerpo extraño, se somete a laparotomía previa, verificación de exámenes de laboratorio dentro de límites aceptables. Se realiza taxis y por vía anal se obtiene un falo electrónico, se verifica la ausencia de perforación intestinal, presenta una evolución satisfactoria, egresa del servicio sin complicaciones. **Conclusiones:** Numerosos casos de este tipo acuden a los servicios de urgencias, casi siempre se refieren como accidentales, durante la extracción de estos objetos se producen un gran número de complicaciones como hemorroides, prolapsos, perforaciones e incontinencia anal. A nivel abdominal, cuando los desgarros son bajos y extraperitoneales puede intentarse un tratamiento expectante.

89

TRAUMA SEVERO DE SIGMOIDES SECUNDARIO A OBJETO EXTRAÑO

Cristina Lilian Martínez Chávez, Sánchez MRA, Retana MF, Ramos XR. Servicio de Cirugía General. Hospital General Villa, SSGDF.

Introducción: Las heridas del colon y recto, pueden ser producidas tanto por trauma penetrante como por trauma cerrado, o ser provocadas por cuerpos extraños utilizados en prácticas sexuales en parejas heterosexuales y con mayor frecuencia en parejas homosexuales así como en actos eróticos, en prácticas sadomasoquistas, en casos de violación o en personas semiinconscientes bajo los efectos de drogas o alcohol. Los síntomas pueden ser poco precisos y referirse como dolor abdominal, perineal o anal, según la localización de la lesión. El diagnóstico se basa en la exploración física el tacto rectal y las pruebas complementarias analíticas, radiológicas, endoscópicas y en ocasiones, laparotómicas o laparoscópicas. El Colon Injury Score (CIS), clasifica estas lesiones en 3 grupos de gravedad creciente y con valores establecidos en el quirófano tales como severidad de la lesión, contaminación abdominal por heces, lesiones asociadas, estado hemodinámico, retraso en el tratamiento; la Asociación Americana de Cirujanos de Trauma elaboró la escala de lesiones de Colon que describen las diversas lesiones traumáticas las cuales van desde el Grado I hasta el Grado V. El tratamiento depende del estado general del paciente y hallazgos quirúrgicos de acuerdo a los criterios de Flint. El tratamiento quirúrgico, siempre se dirigirá hacia 2 objetivos: la curación del paciente y evitar la aparición de posibles secuelas locales. Las recomendaciones generales del tratamiento de las lesiones anorrectocálicas las clasifican en 3 grupos, según el lugar de la lesión: traumatismo colorrectal intraperitoneal; traumatismo rectal extraperitoneal y traumatismo anal. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 52 años, diabético en tratamiento con hipoglucemiantes orales, que acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal, imposibilidad para presentar evacuaciones y canalizar gases de 48 h de evolución, refiere como antecedente de importancia 2 días previos a su ingreso al hospital la realización de prácticas sexuales con múltiples parejas en una fiesta, así como ingesta excesiva de alcohol hasta la pérdida del conocimiento. A la exploración física se encuentra con FC 126x'

FR 26x' Temp 38.5°, diaforético, con mucosa oral deshidratada, cardiopulmonar sin compromiso evidente, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis ausente, con rigidez muscular involuntaria, genitales de acuerdo a edad y sexo, tacto rectal se encuentra anormal dilatado, doloroso, con rastros de sangre. Los exámenes de laboratorio demuestran leucocitosis de 18 mil neutrofilia de 87% Hb 11.5 Plaquetas 87 mil glucosa 123 urea 45 creatinina 1.8 GGT675 ALT 342 Radiografía de tórax revela presencia de aire libre subdiafragmático, Rx de abdomen revela presencia de objeto extraño localizado en corredera parietocólica izquierda. El paciente se encuentra con respuesta inflamatoria sistémica y con abdomen agudo por lo que se realiza laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos: lesión del 98% de sigmoides con cambios isquémicos en su pared, heces libres en cavidad, y natas fibrinopurulentas en asas de delgado, objeto cilíndrico de madera el cual llegaba hasta ángulo esplénico se realiza retiro de cuerpo extraño, así como resección de tejido desvitalizado y colostomía de colon descendente, con manejo de muñón distal en bolsa de Hartmann, lavado y secado de cavidad. Se inicia vía oral a las 24 h postoperatorias, se egresa del servicio a los 3 días, con cita posterior a consulta externa para reconexión intestinal. **Conclusiones:** La importancia de los cuerpos extraños localizados en colon y recto deben considerarse una patología relevante, por las posibles complicaciones que pueden originar, debiendo ser tratados sin demora y de forma contundente. En este caso la lesión correspondía a Grado V de la AAST, y de acuerdo a los hallazgos quirúrgicos el manejo se realizó con colostomía tipo Hartmann. El pronóstico de las lesiones colorectales depende de múltiples factores de riesgo, pero la suma de ellos condiciona una morbimortalidad próxima al 100%.

90

FÍSTULA COLOESCROTAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Ulises Rodrigo Palomares Chacón, Pérez NJV, Anaya PR, González IJJ, Ruvalcaba COG, Preciado AN, Ábrego VJ, Montanez SLG, Suategui ZA, Cervantes GM, Rodríguez HSA. Servicio de Coloproctología. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La enfermedad diverticular del colon constituye una afección común en los países occidentales comprometiendo entre el 5 y 10% de la población menor de 45 años, y aproximadamente el 80% de los mayores de 85 años. Los divertículos colónicos son pequeñas protrusiones de la mucosa y submucosa colónica a través de las capas musculares de la pared intestinal, los cuales, en determinadas ocasiones pueden presentar complicaciones como sangrado, perforación y formación de fistulas internas o externas. La complicación más frecuente de esta enfermedad es el desarrollo de abscesos que pueden estar localizados en mesenterio, abdomen, pelvis, retroperitoneo, regiones glúteas o escroto, pudiendo apreciarse una tumoración hipersensible durante la exploración abdominal o el tacto rectal. Otra complicación es la formación de fistulas, presentándose en 12% de los casos, siendo la colovesical la más frecuente seguida de colocoláneas y colovaginales. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 32 años de edad, con antecedente de dolor en pene y región perianal de 3 años de evolución, aumento de dolor al pujío, IVU de repetición y difícil manejo, se asocia fecaluria y salida de material purulento en bolsa escrotal izquierda. Colon por enema muestra estenosis y enfermedad diverticular de colon sigmoides. Se somete a cirugía encontrando trayecto fistuloso de colon sigmoides en su tercio medio hacia vejiga en su cara lateral izquierda de un centímetro y otra comunicación hacia bolsa escrotal izquierda. Se realiza sigmoidectomía con anastomosis primaria cierre vesical y curetaje de trayecto fistuloso inguinoescrotal. El paciente evoluciona favorablemente egresándose al 5º día de postoperatorio, y a los seis meses de seguimiento se encuentra asintomático. El reporte histopatológico confirmó enfermedad diverticular del colon. **Conclusiones:** Una fistula secundaria a enfermedad diverticular que siga un trayecto distinto obliga a descartar patologías como enfermedad de Crohn. Hasta el momento no existe reporte en la literatura de fistulas coloescrotales únicamente de abscesos en esta región anatómica, aunque en dado momento pudieran manejarse de igual forma que una fistula enterocutánea, con resección intestinal y del trayecto fistuloso o curetaje del mismo.

91

DIVERTICULITIS PERFORADA DE CIEGO

Héctor Hugo Mireles Díaz, Mondragón CHMA, Otero MRA, Rojas ML, Gómez AJF, Cortez RJ, Díaz GJC. Servicio de Cirugía General. Hospital Centro Médico «Adolfo López Mateos», SSA, Toluca, Edo. de México

Introducción: Fue Potier quien describiera por vez primera un caso de diverticulitis cecal. Enfermedad poco frecuente que simula cuadro de apendicitis aguda. La incidencia es de 1.7 por 1,000 habitantes. Difícil diferenciarla de un carcinoma. Puede ser encontrado como lesión solitaria, la etiología es aún motivo de discusión. La mayoría concuerda en que los diver-

tículos solitarios son congénitos y parecen una entidad diferente a la enfermedad diverticular del colon sigmoide. Esta hipótesis viene avalada por el hecho de que la diverticulitis cecal no incrementa su incidencia con la edad en la población general. Algunos clasifican los divertículos del colon derecho en congénitos y adquiridos. Los congénitos constan de todas las capas de la pared colónica y son más frecuentes en ciego y colon ascendentes, siendo generalmente solitarios. Los adquiridos poseen solamente mucosa y submucosa, suelen tener 1 cm de diámetro y su orificio de comunicación está a 2 cm por encima o por debajo de la válvula ileocecal. Epidemiológicamente tienen preponderancia en el género masculino 2:1, con una media de edad que varía desde los 30 a 40 años, con incidencia más elevada en la raza japonesa. La verdadera importancia clínica del divertículo de ciego radica en que su manifestación clínica como diverticulitis presenta signos y síntomas indiscutibles de la apendicitis aguda. El manejo quirúrgico está indicado para las complicaciones: Abscesos, obstrucción, fistula o perforación. Intraoperatoriamente se estima que en un 50% de los casos, la gran inflamación cecal acompañante dificulta el reconocimiento del divertículo inflamado. En otros casos es imposible descartar la presencia de un proceso neoplásico. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 30 años de edad, inicio padecimiento actual el 16 de abril de 2007, con dolor abdominal tipo cólico, difuso, emesis de contenido gástrico en una ocasión, recibe manejo no especificado, sin mejoría y exacerbándose; ingresándose el 18 de abril de 2007, a la exploración física: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda, con la presencia de los signos de: rebote, psoas, obturador, talopercusión y McBurney, por lo que se diagnostica apendicitis aguda probablemente modificada por medicamentos, por lo que se pasa a quirófano, teniéndose como hallazgo: apéndice cecal de aproximadamente 8 cm, con cambios inflamatorios de edema, hiperemia, presencia de natas de fibrina a nivel de ciego a 2 cm de válvula ileocecal, tumoreación de aproximadamente 3 cm, pediculada, con perforación en su base, se realiza ileostomía y hemicolectomía derecha con cierre distal en bolsa de Hartmann y se envía pieza quirúrgica a estudio histopatológico, con buena evolución en piso de cirugía general, egresándose el día 25 de abril de 2007, tolerando la vía oral y con ileostomía funcional, se reingresa el paciente el día 28 de agosto de 2007 para cierre de ileostomía, realizándose ileotransverso anastomosis término-lateral el día 30 de agosto del 2007, teniendo buena evolución en postquirúrgico y egresándose del servicio el día 07 de septiembre del 2007 tolerando la vía oral, afebril, con herida limpia y con peristalsis normoactiva auscultable. El estudio anatopatológico reveló: diverticulitis, diverticulosis aguda supurada y perforada en la unión del ciego con colon ascendente, perianapéndicitis aguda, serositis aguda del ileón y colon ascendente. **Conclusiones:** Considerar la hemicolectomía derecha como la técnica indicada de urgencia en estos casos. Nuestra actitud puede resumirse: 1. Sospecha clínica confirmada por exploraciones complementarias y en ausencia de complicaciones locales: tratamiento médico conservador. 2. Certeza de diverticulitis complicada: diverticulectomía y tratamiento de la complicación. 3. Hallazgo intraoperatorio sin dudas diagnósticas y buenas condiciones locales: Diverticulectomía. 4. Proceso inflamatorio extendido a ciego y/o sospecha de malignidad: Hemicolectomía derecha.

92

FISTULA EN ENFERMEDAD DIVERTICULAR DE COLON. INFORME DE 2 CASOS

Juan Olmos Casas, Bravo EG, Madrigal MM, Santiago MI. Servicio de Cirujano. Hospital: IMSS, Coatzacoalcos, Veracruz

Introducción: Las complicaciones de la enfermedad diverticular del colon se pueden incluir en 2 amplias categorías: las inflamatorias y la hemorragia. Las fistulas pueden originarse espontáneamente como resultado de complicaciones inflamatorias de la misma enfermedad o ser el resultado de una cirugía en el proceso de la enfermedad. Pueden ser externas o internas. La fistula colovesical, es la fistula interna más frecuente asociada a enfermedad diverticular; mientras que la fistula colovaginal, es una rara variedad de fistula que puede originarse espontáneamente después de una sepsis pelviana secundaria a una enfermedad diverticular o alternativamente puede ser la secuela de procedimientos quirúrgicos. Presentamos el reporte de 2 casos, uno con fistula colovesical y otro con fistula colovaginal, así como el manejo quirúrgico. **Reporte del caso:** Caso 1. Femenino de 84 años de edad con 7 meses de evolución con disuria, polaquíria y tenesmo vesical, agregándose a los 2 meses neumaturia y fecaluria manejándose con antisépticos urinarios y antibióticos persistiendo la sintomatología, se le efectúa cistoscopia la cual reporta en el techo de la vejiga una zona inflamada e hiperémica, en el colon por enema se aprecia enfermedad diverticular de colon izquierdo con comunicación de sigmoides a vejiga, se realiza hemicolectomía izquierda con colorrectoanastomosis en un plano, resección del trayecto fistuloso y cierre de vejiga en 2 planos con evolución satisfactoria, se inicia vía oral al tercer día y egresó al 50 día. Caso 2. Femenino de 52 años con antecedente de hysterectomía, posterior a ella presenta dolor abdominal bajo e infecciones repetitivas de vías urinarias y flujo transvaginal sin respuesta a tratamiento médico, se efectúa colon por enema y una fistulografía que muestran enfermedad di-

verticular de colon izquierdo con paso de medio de contraste a vagina a nivel de fondo de saco. Se realiza hemicolectomía izquierda más colorrectoanastomosis en 2 planos más cierre de cúpula vaginal, evoluciona con fistula colovaginal al 50 día del postoperatorio la cual cierra en forma espontánea a los 2 días con dieta de bajo residuo, egresándose a los 9 días de operada con evolución satisfactoria. **Conclusiones:** 1. La frecuencia de la enfermedad diverticular de colon es alta. 2. Las fistulas son una de las complicaciones de esta patología. 3. De estas la colovesical es la más frecuente. 4. El tratamiento es eminentemente quirúrgico.

93

FISURECTOMÍA CON ASCENSO DE COLGAJO CUTÁNEO ANAL COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE FISURA ANAL CRÓNICA. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Alejandra Jiménez González, Luna MJ, Mata QCJ, O'Farril AR, Cruz ZA, Serrano P, Zepeda NJC. Servicio de Cirugía General. Hospital PEMEX, HCSAE, México, D.F.

Introducción: La fisura anal es una pérdida de la continuidad del anodermo distal y dentro del tratamiento quirúrgico se incluyen diversas técnicas, de las cuales la más utilizada por la mayoría de los expertos es la esfinterotomía lateral interna, sin embargo, se han reportado índices de recurrencia de hasta 6%, e incontinencia anal residual de 15%, lo que ha motivado el desarrollo de alternativas quirúrgicas como la fisurectomía con anoplastia (colgajos o isletos), sin esfinterotomía, donde se reporta una baja incidencia de recurrencia y sin riesgo de incontinencia fecal. **Objetivo:** Describir los resultados obtenidos con el tratamiento de fisurectomía con ascenso de colgajo cutáneo en pacientes con fisura anal crónica. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisó la base de datos de diagnósticos del Servicio de Proctología de un hospital de tercer nivel de enero de 2006 a febrero de 2008 en búsqueda de pacientes con fisura anal crónica con esfínter normo o hipotónico que posterior a una mala respuesta al tratamiento médico se sometieron a fisurectomía con ascenso de colgajo cutáneo y con un seguimiento al menos durante seis meses. **Resultados:** Se incluyeron 39 pacientes, de los cuales 20 (51%) correspondieron al género femenino y 19 (49%) al masculino, con un rango de edad de 26 a 76 años (media 48 años). La estancia hospitalaria fue de 1 día en los 39 (100%) pacientes. A todos los pacientes se les realizó fisurectomía con ascenso de colgajo cutáneo, no se presentaron complicaciones perioperatorias en ninguno de los pacientes estudiados. El sangrado transquirúrgico se reportó como mínimo < 20 cc, con tiempo quirúrgico promedio de 40 minutos. El 12% (5) de los pacientes presentaron dolor intenso relacionado a la defecación que requirió aumento de la analgesia (uso de opioides por tres días). El 5% (2) presentaron retraso en la cicatrización (tres meses); no se presentaron recurrencias ni alteraciones en la continencia fecal en ningún paciente durante el seguimiento. **Conclusiones:** El tratamiento de la fisura anal crónica con fisurectomía con ascenso de colgajo cutáneo es seguro, con bajo índice de recurrencias, y sin riesgo de incontinencia; aunque los potenciales candidatos a este tipo de procedimiento deben ser adecuadamente seleccionados, ya que éste debe realizarse en pacientes con esfínter normotónico o hipotónico.

94

PERFORACIÓN CECOCÓLICA: PRESENTACIÓN INICIAL DE CUCI

Jaime Enoc Zambrano Guerrero, Mendoza FG, Cisneros BE. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Saltillo, SSA, Saltillo, Coahuila

Introducción: La CUCI es una entidad rara en nuestro país, presentando incidencias altas en pacientes de raza caucásica. Las presentaciones iniciales más frecuentes consisten en cuadros intermitentes de dolor inespecífico y diarrea. La perforación colónica es una complicación poco frecuente de las patologías inflamatorias del intestino, generalmente con consecuencias catastróficas. Se plantea el caso de una paciente subdiagnosticada y manejada a su ingreso a sala quirúrgica como apendicitis complicada. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 54 años de edad. Antecedentes de importancia: colecistectomía y oclusión tubaria bilateral hace 15 y 18 años respectivamente; con cuadro de dolor cólico abdominal de 15 días de evolución en mesogástrico con agudización de cuadro 72 horas previas e irradiación a fosa iliaca derecha. A la palpación presencia de plastrón en FID, datos de irritación peritoneal. LEU 7.57, NEU 4.52, LYM 1.76, HB 10.9, HTO 31.4, PLAQ 254, TP 13.9, TTP 23.9, INR 1.58. No se observan datos patológicos en radiografías abdomen y tórax. Se decide intervención quirúrgica. Se encuentra en transoperatorio perforación cecal la cual abarca la totalidad de la pared anterior, además de tres perforaciones más en colon derecho. Se decide hemicolectomía derecha con ileostomía y fistula mucosa. Buena evolución postquirúrgica. Reporte de patología colitis ulcerativa crónica inespecífica con intensa actividad. **Conclusiones:** La CUCI es una enfermedad crónica, que afecta al colon y recto, cuya etiología es aún desconocida a pesar de que existen reportes de la enfermedad desde 1859; su distribución mundial predomina en el Reino Unido, Estados Unidos y en el norte de Europa. Su diagnóstico es más difícil en países en vías de desarrollo, donde la enfer-

medad suele presentarse con una frecuencia más baja y puede confundirse, en sus inicios, con entidades parasitarias o bacterianas. Afecta a ambos sexos, sin embargo es más frecuente en mujeres entre los 20 y 40 años de edad, como máximo. Estos pacientes con frecuencia tienen anticuerpos circulantes contra antígenos de la dieta, bacterianos y autoantígenos del isótipo IgG. Se ha encontrado positividad al antígeno de histocompatibilidad hla-b27 lo que podría sugerir respuestas inmunes aumentadas. Durante el curso de la enfermedad se pueden presentar períodos asintomáticos con baja o nula actividad de ésta y períodos con manifestaciones que cursan desde diarrea, sangrado del tubo digestivo bajo, hasta alguna de las complicaciones severas de la enfermedad como megacolon tóxico, perforación, e inclusive cáncer de colon, el cual tiene una frecuencia mayor que en la población general, sobre todo después de 10 años de que la enfermedad esté presente. Se cuenta con métodos apropiados para diagnóstico y seguimiento, tales como la radiología baritada y los estudios endoscópicos de colon y recto, siendo estos últimos preferibles ya que permiten la obtención de piezas de biopsia y la confirmación de su diagnóstico clínico, actividad de la enfermedad, para realizar, posteriormente, el estudio anual en búsqueda de focos de displasia o cáncer.

95

COLON TÓXICO PERFORADO EN UNA PACIENTE CON COLITIS ULCEROSA

Felipe Padilla Vázquez, Valle PA, Fragozo BJS, Sedano BI, Ruiz RR, Tizatl JA, Ramírez NJ, Montiel SW. Servicio de Cirugía General. Hospital General Regional «Emilio Sánchez Piedras», SSA, Apizaco, Tlaxcala

Introducción: EL CUCI es una enfermedad rara en nuestro país, con incidencia reportada a nivel internacional de 8/100,000 con incidencia máxima entre los 15 a 25 años, manifestándose con diarreas con sangre y moco, síntomas sistémicos (fiebre, fatiga y pérdida de peso). EL colon tóxico es una complicación rara del CUCI, se presenta en el 1.5-13% de los casos, sospechándose en presencia de fiebre >38.5 °C; FC >120, leucocitosis neutrofílica >10.500 y anemia; deshidratación, alteraciones mentales, alteraciones electrolíticas, fiebre o hipotensión. Desde el punto de vista de la evolución de la enfermedad, se distinguen tres patrones clínicos, que es la forma crónica intermitente (60-75%), crónica continua (10-15%) y la forma aguda fulminante (5-10%). **Reporte del caso:** Femenina de 25 años, quien a los 22 años inicia con estreñimiento, cólicos, hematoquexia, ataque al estado general. Posterior a un embarazo presenta diarrea mucosanguinolenta, vómito gastrintestinal y sangrado de tubo digestivo bajo. Por colonoscopia y biopsia se establece diagnóstico de colitis ulcerosa (CUCI), tratándose con esteroides y mesalazina presentando mejoría, abandona tratamiento después de 4 meses. Acude al Servicio de Urgencias del HGRESP con datos de abdomen agudo, desnutrición y deshidratación. Por medio de laboratorio y gabinete se establece el diagnóstico de colon tóxico perforado, hidratándose y administrándose antibióticos de amplio espectro, se efectúa laparotomía exploradora con hallazgos de perforaciones de colon múltiples (7) efectuándose colectomía total e ileostomía terminal. Presenta evolución tórpida con infección y dehiscencia de herida por lo que se reinterviene presentando fistula entero cutánea de gasto elevado, siendo manejada con nutrición parenteral con respuesta satisfactoria. **Conclusiones:** La presentación del colon tóxico se ve favorecida por la suspensión del tratamiento médico en pacientes con CUCI y requiere tratamiento quirúrgico. Otras de sus complicaciones son desnutrición, alteraciones hidroelectrolíticas, lo que aumenta el riesgo de complicaciones postoperatorias, como síndrome de malabsorción intestinal, retardo en la cicatrización, disfunción del sistema inmunológico, fistulas enterocutáneas, etc.

96

COLITIS ULCERATIVA. REPORTE DE UN CASO

Ana Edith Bastida Segura, Perea LH, Parra PP, Sepúlveda GE. Servicio de Cirugía, HGZ # 47 «Vicente Guerrero», IMSS, México, D.F.

Introducción: La colitis ulcerativa, es una enfermedad inflamatoria del colon, de difícil diagnóstico y manejo, su presentación típica es antes de los 40 años, aunque se puede presentar en cualquier edad, su síntoma más común es diarrea con abundante moco y sangre, a los 10 años puede presentar malignización. Se asocia a otras enfermedades como la colangitis esclerosante primaria, se desconoce la causa y tiene más afinidad por personas caucásicas y raza judía. **Reporte del caso:** Fem. de 34 años aparentemente sana, la cual acude al hospital por presentar dolor abdominal generalizado constante con hiperestesia e hiperbaralgia, resistencia muscular involuntaria y plastrón palpable en fossa iliaca derecha, distensión abdominal y ausencia de peristalsis, manejada 7 días antes con ciprofloxacino por dx de EPI; con síntomas asociados como fiebre 39 °C, hipotensión arterial y taquicardia, palidez de tegumentos, herpes simple y deshidratación (nunca presentó evacuaciones diarreicas). Laboratorio de ingreso: Leucocitos 10 100, Hb 11.7, Plaquetas 357,000, glucosa 135, Cr 2.7, Na 137, K 3.04, Cl 94.8, tiempos al 44%. Las Rx de abdomen demuestran múltiples imágenes de niveles hidroá-

reos, imagen en vidrio desplumado. Se somete a LAPE encontrando como hallazgos perforación colónica en ángulo hepático, engrosamiento de toda la pared del colon en toda su extensión desde válvula ileocecal hasta sigmoides con apariencia polipoide, adenomegalias mesentéricas. Se realiza colectomía subtotal desde válvula ileocecal hasta sigmoides, ileostomía y bolsa de Hartman. El RHP demuestra colitis ulcerativa. La paciente se egresa después de 10 días de EIH en buenas condiciones generales y enviada a 3er nivel para manejo consecutivo. **Conclusiones:** El tratamiento ideal son los antiinflamatorios y corticosteroides; los fármacos más frecuentemente utilizados son sulfazalacina, mesalamina y mesalacina. El tratamiento quirúrgico ideal es la proctocolectomía (extirpación completa de colon y recto con ileostomía); anastomosis ileoanal.

97

MEGACOLON TOXICO ASOCIADO AL USO DE ISOTRETINOINA. REPORTE DE 1 CASO

Gustavo Varela Gutiérrez, López-Loredo A, Castañeda M, Moreno F. Servicio de Cirugía General. Hospital The American British Cowdray Medical Center, México, D.F.

Introducción: La isotretinoína, análogo sintético de la vitamina A, es usado en el tratamiento del acné quístico resistente a otros tratamientos. Se ha asociado a serios efectos adversos: aborto espontáneo, malformaciones congénitas severas, depresión y suicidio. El *Vademecum (Physicians's Desk Reference)* y la información del producto mencionan la enfermedad inflamatoria intestinal (EI) como efecto adverso. Hay reportes de casos que sugieren una asociación entre isotretinoína y EI. **Reporte del caso:** Femenina 38 años, con ingesta de 40 mg diarios de isotretinoína por acné un mes previo a su internamiento. Se presenta a urgencias con cuadro de 8 horas con dolor abdominal difuso, gran intensidad, inicio súbito, opresivo, no cede con medicamentos, impide la deambulación, náusea, distensión, escalofríos y fiebre no cuantificada. A la exploración se encuentra en posición en gatillo, con FC 125 por min, FR 25 por min, TA 100/60, T 38.9 °C, deshidratación de mucosas, abdomen distendido, blando, depresible, hiperestesia e hiperbaralgia, sumamente doloroso a la palpación, datos de irritación peritoneal poco valorables, peristalsis disminuida. Laboratorio: leucocitosis 23,000, neutrófilos 90%, 3 bandas. Radiografías de abdomen: dilatación de todo el colon. TAC abdominal: megacolon generalizado, con neumatosis en ciego y ascendente, presencia de aire en ramas intrahepáticas de la porta. Se inician antibióticos (ceftriaxona y metronidazol) y analgésicos. Se realiza colonoscopia: proceso inflamatorio agudo y ulcerativo en ciego, se biopsia la zona afectada. A las 18 horas hay incremento de leucocitos 28,000, 7 bandas, se realiza laparoscopia diagnóstica encontrándose dilatación de la totalidad del colon y la pared del ciego con proceso inflamatorio agudo, cubierta de natas de fibrina y zonas de hemorragia subserosa. Líquido libre 150 cc, seropurulento. No se evidencia perforación macroscópica. Se inicia imipenem/cilastina, metronidazol y fluconazol, con mejoría a las 48 horas, disminución de la distensión y la leucocitosis. Se realizan coprocultivo y coproparacitoscópico negativos. A los 7 días se realiza TAC con disminución de la dilatación del colon, persistiendo en el ciego (50% del diámetro inicial) con engrosamiento de su pared 7-8 mm, sin neumatosis y sin aire hepático-portal. El reporte histopatológico de las biopsias demuestra inflamación aguda y crónica con áreas de hemorragia mucosa y submucosa. La paciente es egresada en buenas condiciones. **Conclusiones:** El megacolon tóxico es una complicación potencialmente letal de la EI. Resulta de la extensión de la inflamación de la mucosa hacia la capa muscular de la pared con destrucción de las células ganglionares. Como resultado, el colon se paraliza y se dilata. Se presenta en el 1-5% con una mortalidad del 0-2%. Se caracteriza por una dilatación colónica total o segmentaria no obstructiva acompañada de toxicidad sistémica. Jalan describió los criterios diagnósticos de megacolon tóxico: 1. Evidencia radiográfica de dilatación colónica. 2. Por lo menos 3: -Temperatura + 38.6° -Frecuencia cardiaca + 120 -Leucocitosis + 10,500 -Hematocrito - 60% del normal 3. Por lo menos 1: -Deshidratación -alteraciones estado mental -alteraciones hidroelectrolíticas - hipotensión. Aún no existe evidencia certera sobre esta asociación, por lo que solamente se puede sospechar que nuestra paciente presentó este episodio por la ingesta de isotretinoína, la cual pudiera estar actuando como desencadenante en individuos previamente predisuestos o desenmascarando la sintomatología en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal subclínica. Esta asociación debe ser tomada en cuenta por todo médico que prescriba isotretinoína por cualquier causa a sus pacientes y debe informar sobre la relación probable entre el medicamento y la enfermedad inflamatoria intestinal, sin embargo creemos que la incidencia de esta secundaria al uso de isotretinoína es demasiado baja como para recomendar que no sea utilizado.

98

EFICACIA DE LA TERAPIA CON LÁSER Y ULTRASONIDO COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN LA ENFERMEDAD HEMOROIDAL GRADO I-II

Luis Felipe Ortega Beltrán. Servicio de Cirugía General. Hospital Naval Hospital General Tehuantepec, SSA, SEMAR, Salina Cruz, Oaxaca

Introducción: No es posible precisar una definición sobre las hemorroides, dado que su naturaleza exacta aún no se conoce, pero sus teorías etiológicas la definen como comunicaciones arterio-venosas en la mucosa anal que histopatológicamente se describen como verdaderos cuerpos cavernosos consistentes en masas específicas de submucosa compacta que contiene vaso sanguíneos, músculo liso y tejido conectivo. Burkitt observó que las hemorroides son más frecuentes en las sociedades occidentales, en donde es conocido hay un menor consumo de fibras, lo cual se asocia con un aumento de la constipación, lo que implica esfuerzo durante el acto defecatorio y secundariamente congestión en el flujo de los plexos hemorroidales. **Objetivo:** 1. Comprobar la eficacia de la terapia láser y USG en la enfermedad hemorroidal grado II y que no llega a evolucionar a grado III-IV. 2. Identificar los beneficios clínicos y físicos con este tratamiento. **Material y métodos:** Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Naval de Salina Cruz, Oaxaca, en el periodo comprendido del 1 de noviembre de 2007 al 1 de mayo de 2008. Con ultrasonido model X ultrasonico, modelo no. rmx, serie no. 0425055438 y con terapia láser, las características del aparato son: 980 NM, 10 NW, programable de 1,000 a 14,000 HZ, tiempo programable de 0-10 min, penetración a nivel de piel de 5-7 cm. Tipo de estudio: experimental, prospectivo longitudinal, analítico y comparativo. Tomando como universo de trabajo y muestra 30 pacientes: 15 de los cuales tendrán terapia con láser terapéutico y los otros 15 con ultrasonido. Incluyendo pacientes diagnosticados con enfermedad hemorroidal grado I-II. Excluyendo: Pacientes diagnosticados con los otros grados de enfermedad hemorroidal hemorroidectomizados pacientes expuestos a otros tratamientos alternativos a la hemorroidectomía como: inyecciones esclerosantes, coagulación con rayos infrarrojos, diatermocoagulación bipolar, ligaduras con bandas elásticas, criocirugía, ligaduras, escalonadas, dilatación forzada del esfínter como la técnica de Lord, eliminando pacientes que deseñen no continuar con terapias. **Resultados:** Se realiza estudios con 30 pacientes a los cuales se les proporciona una dieta rica en fibra. Posteriormente se procedió a escoger de manera aleatoria a los pacientes que estarían en los grupos de estudios correspondientes. Se informa a los participantes del estudio sobre sus derechos como pacientes, se le realizan sus historias clínicas vigilando datos que pudieran propiciar que los pacientes no fueran incluidos en el estudio. Se les informa sobre el tratado de Helsinsky. Se inician las terapias que en total serán de 10 sesiones, de una duración de 2 minutos para los tratados con láser y de 8 minutos para los tratados con ultrasonido. Se concluye estudio satisfactoriamente con los siguientes resultados. Láser si no mejoría clínica, 15 0 dolor, 15 0 inflamación, 14 1 USG si no mejoría clínica 12 3, dolor 15 0, inflamación 14 1. **Conclusiones:** Conclusiones tras conocer los resultados se llegan a las siguientes conclusiones: el tratamiento coadyuvante de la enfermedad hemorroidal grado I-II. Con el láser es mejor que la terapia con USG. Se cita a los pacientes que participaron en el estudio en 1 mes para revaloración y corroborar que no hayan ocurrido recidivas en cuanto a la sintomatología clínica de la enfermedad. posteriormente a estos resultados se enviará en breve un resumen de la revaloración.

99

PERFORACIÓN ESPONTÁNEA DEL COLON: DEBUT POCO FRECUENTE DE LA COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA INESPECÍFICA
Alberto Campos Rivera, Mendoza SA, Ortiz CG. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Saltillo, UADEC, Lerdo, Durango

Introducción: La colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) es una entidad caracterizada por inflamación mucosa difusa de colon y recto. El inicio, en el 95%, es en recto; el 50% en recto y sigmoides; 30% en colon izquierdo; y 20% con pancolitis. Su síntoma: diarrea sanguinolenta; puede asociarse: dolor abdominal tipo cólico, urgencias, tenesmo, distensión y meteorismo. El megacolon es la forma más avanzada, las lesiones llegan a abarcar muscular y serosa. Para el diagnóstico, los criterios más utilizados son los de Truelove-Witts. Debe hacerse la colonoscopia hasta el ciego con toma de 33 macrobiopsias. Además el protocolo debe contar con un examen de heces negativo para infección. El riesgo de malignización se estima en 2% a los 10 años y 40% a los 35 años del diagnóstico. El tratamiento inicial es médico. Las indicaciones de cirugía son: el fracaso de tratamiento médico, complicaciones agudas (colitis tóxica, perforación o hemorragia), prevención de carcinoma, entre otras. **Reporte del caso:** Se trata de femenina de 54 años de edad, quien ingresa al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 15 días de evolución, localizado en mesogástrico, acompañado de evacuaciones diarreicas de 6 por día, amarillentas y fétidas, así como hipertermia. Como antecedentes de importancia: tabaquismo positivo durante 30 años; menciona periodos de estreñimiento y diarrea de forma crónica. A su ingreso se presenta con estado de hidratación subóptimo, dolor abdominal sin datos de irritación peritoneal; se realiza USG encontrando imagen tubular de 5 mm de diámetro en fosa iliaca derecha, así como líquido libre en cavidad. Laboratorios: hemoglobina en 10.9, hematocrito en 31.4%, resto dentro de rangos fisiológicos. Se decide realizar laparotomía exploradora encontrando múltiples perforaciones en hemicolon derecho, así como múltiples adherencias laxas y líquido puru-

lento en fosa iliaca derecha. Se realiza hemicolectomía derecha con ileostomía terminal y fistula mucosa de transverso. El reporte histopatológico: colitis ulcerativa crónica inespecífica con cambios morfológicos de intensa actividad perforada, sin displasia con lesión en límite quirúrgico distal, ganglios con hiperplasia mixta. En el periodo postoperatorio muestra evolución favorable, sin complicaciones, por lo que se egresa al quinto día de estancia. Se inicia manejo con medicación esteroide. **Conclusiones:** Debemos resaltar la presentación poco habitual de CUCI de nuestro caso. La paciente refiere periodos de estreñimiento y diarrea, sin sangrado evidente. Anemia por biometría hemática, que sugiere sangrado crónico. Un dolor de 2 semanas de evolución, que en este momento sugiere la evolución a megacolon tóxico de la enfermedad. Se decide intervención quirúrgica por las manifestaciones clínicas de cuadro de abdomen agudo quirúrgico, con USG sugestivo de perforación. Localizando durante la cirugía la enfermedad en hemicolon derecho, y resaltamos que al menos en la exploración macroscopía de recto y sigmoides se encontraban sin lesiones aparentes. Estos segmentos son habitualmente los más afectados. Se decidió hemicolectomía derecha con fistula mucosa distal e ileostomía terminal, ya que se encontró contaminación de la cavidad. Hacemos mención de la importancia de contar con departamento de patología para decisiones transoperatorias. El manejo de pacientes con CUCI, que ya están diagnosticados y bajo tratamiento, y que se complican con perforación, lo indicado dentro de las guías de manejo sería colectomía total. Resaltamos en nuestro caso que el diagnóstico se realiza por presentar perforación espontánea de víscera con abdomen agudo quirúrgico, por lo cual justificamos el manejo establecido en un primer tiempo. Se tiene planteado protocolo integral, con colonoscopia, inicio de terapéutica médica y completar procedimiento quirúrgico con proctocolectomía con anastomosis íleo anal, lo cual justificamos por el riesgo potencial de malignizar.

100

COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA INESPECÍFICA (CUCI). REPORTE DE CASO

Braulio Aarón Crisanto Campos, Hernández AV, Crisanto CE. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México, SSA, UNAM, México, D.F.

Introducción: CUCI: enfermedad inflamatoria intestinal (EII) con inflamación del colon, afecta recto con extensión proximal y continua. Infiltrado inflamatorio en la lámina propia, alteración de la arquitectura glandular, acumulados de neutrófilos en las criptas con formación de microabscesos. Incidencia: 5-18 casos por 100,000; pico entre 20-30 años; mujeres 30% superior. Prevalencia: 10 a 15 veces la incidencia. Intestino normal en estado de inflamación fisiológica. Factores genéticos: Familiares de primer grado mayor probabilidad (9%) de desarrollar EII del mismo tipo. Factores ambientales: Fumadores riesgo relativo para CUCI de 0.5; anticuerpos contra antígenos de la dieta; origen infeccioso. Inmunorreactividad anormal: Estimulación de la inmunidad de la mucosa intestinal que no responde a la inhibición a causa de una exposición incorrecta a los antígenos luminales. Manifestaciones clínicas: 45% afección de colon distal; 35% afección proximal; 20% pancolitis; gravedad del ataque en función de los criterios de Truelove-Witts. Manifestaciones extraintestinales en 25%. Complicaciones agudas: Megacolon tóxico (MT), sangrado de tubo digestivo bajo (STDB), perforación intestinal (PI). Complicaciones crónicas: Cáncer de colon. Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Crohn (EC), colitis infecciosa, colitis isquémica. Pronóstico: Gravedad del primer brote, extensión y aparición de complicaciones. Tratamiento médico (TM): Aminosalicilatos, glucocorticoides, azatioprina, mercaptopurina, ciclosporina, antibióticos. Tratamiento quirúrgico (TQ): Proctocolectomía restauradora con anastomosis bolsa-reservorio ileal-anal. Indicaciones: 1) Electivas: Fracaso del TM; presencia de cáncer o displasia; desarrollo de lesión obstructiva. 2) Urgentes: Colitis fulminante; MT; STDB; PI. Contraindicaciones: EC; cáncer rectal bajo en estadio avanzado; función inadecuada del esfínter anal. **Reporte del caso:** LCA, 18 años, femenino. Inicia en el mes de julio caracterizado por dolor localizado a nivel periumbilical irradiado a cuadrantes inferiores de abdomen, tipo cólico de intensidad variable, de limitante a incapacitante, duración de 10 a 30 minutos, inicio y finalización súbito, periodos libres de dolor de duración irregular, sin factor causal aparente, sin predominio de horario, exacerbado por la ingesta de alimentos, atenuado por la defecación, asociado a distensión abdominal, urgencia rectal seguida de tenesmo rectal, evacuaciones de características pastosas, con presencia de sangre fresca mezclada con las heces y moco al final de las mismas, de inicio con una frecuencia de 2 evacuaciones al día, hace una semana a la fecha evaca por más de 6 ocasiones, hiporexia, náusea, artralgias localizadas en articulaciones proximales no simétricas. TA 100/70 mmHg; FC 100/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 síntesis del pubis, no hay presencia de velo, sin hiperestesia e hiperbaralgia, dolor a la palpación profunda de cuadrantes inferiores sin dolor a la descompresión, pánículo adiposo de 1 cm, no se palpan visceromegalias, área hepática dentro de límites normales, timpanismo localizado en marco colónico, peristalsis de 1 mov/min. Colonoscopia: Probable EC o colitis pseudomembranosa, como última posibilidad

CUCI. Biopsia: EII probable CUCI con displasia de alto grado. Dictado Quirúrgico: Diagnóstico pre y postoperatorio: Choque hipovolémico secundario a STDB asociado a CUCI. Cirugía programada: LAPE. Cirugía realizada: Colectomía, ileostomía, cierre de recto en bolsa de Hartmann. **Conclusiones:** Enfermedad crónica con baja incidencia en nuestro país, con un pronóstico bueno a largo plazo en función de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, donde el tratamiento quirúrgico excede el beneficio del tratamiento médico.

101

EL AMEBOMA EN LAS ÚLTIMAS CUATRO DÉCADAS, EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO OD

Heriberto Rodea Rosas, Athié GC, Durán PM, Montalvo JER, Guízar BC. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México O.D., SSA, México, D.F.

Introducción: La amibirosis es la parasitosis intestinal más frecuente a nivel mundial y nacional; afecta aproximadamente al 10% de la población mundial y al 20% de los mexicanos, sin embargo esta cifra en México puede ser subestimada sin considerarlos que se han encontrado prevalencias del 55% en población de nivel socioeconómico bajo en la ciudad de México. A pesar de estas cifras, sólo el 2% la sufre como enfermedad clínica con afectación principalmente al colon e hígado. En el colon se puede presentar de cuatro formas diferentes: colonización asintomática, colitis amibiana aguda, colitis fulminante y ameboma. Esta última patología es una complicación pseudotumoral y granulomatosa de la amibirosis invasora principalmente en el colon ascendente. Esta complicación aunque rara es generalmente confundida con un tumor maligno del colon y muchas veces tratada mediante resección quirúrgica a pesar de que responde bien al tratamiento a los actuales medicamentos antiamebiantes. **Objetivo:** Se presenta una serie de casos de ameboma atendidos a lo largo de 38 años en un Hospital Público de México. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de todos los casos operados por ameboma por el Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General de México OD durante el periodo de enero de 1970 a diciembre de 2007. **Resultados:** De un total de 25,840 cirugías abdominales de urgencia y de 129 casos de complicaciones quirúrgicas del colon por amiba, ocurrieron 6 casos de ameboma, 4 fueron hombres y 2 mujeres, con promedio de edad de 42 años (Rango 37-55), todos los casos correspondieron al colon ascendente, se manifestaron como cuadros de abdomen agudo u oclusión intestinal baja, todos fueron diagnosticados y confirmados postoperatoriamente mediante estudio histopatológico. Ocurrieron 3 casos en la década de los 70 y un caso en cada una de las siguientes tres décadas. La cirugía realizada fue la resección del colon ascendente con ileostomía por sospecha de tumor maligno del colon. **Conclusiones:** El ameboma es una complicación muy rara de la amibirosis invasora en la que en la mayoría de las veces es confundida con una neoplasia que motiva la tendencia quirúrgica resectiva. Se presenta en los Servicios de Urgencias como cuadros de abdomen agudo, oclusión intestinal o incluso simular otras patologías. Aunque en esta serie la mayoría de los pacientes (en las primeras dos décadas) no fueron valorados con ultrasonido hepático, se recomienda descartar concomitancia con absceso en el hígado.

102

OCLUSIÓN INTESTINAL POR ENFERMEDAD DE CROHN EN UN ADULTO MAYOR, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Maribel Cruz Zamora, Vázquez BIJ, Corona EE, Mondragón SRJ. Servicio de Cirugía. Hospital Centro Médico ISSEMYM, Toluca, Edo. de México

Introducción: La enfermedad de Crohn es una inflamación crónica y transmural que afecta todas las capas del intestino y que puede incluir varios segmentos del trato digestivo con localización predominante en íleon terminal, colon y región perianal. Afecta principalmente a niños y jóvenes. El tratamiento consiste en antiinflamatorios esteroideos e inmunosupresores. A pesar de esto entre el 40 al 60% requerirá de tratamiento quirúrgico para corregir sus complicaciones. **Reporte del caso:** Masculino de 65 años que ingresa al Servicio de Urgencias con datos de oclusión intestinal. Como antecedente de importancia portador de AR (Artritis reumatoide) manejada con inmunosupresores, insuficiencia venosa profunda, artralgias y ojo seco por Pb. Síndrome de Sjögren todo esto diagnosticado en el 2007, internamiento previo por neumonía y derrame pleural bilateral en el 2006. Negaba antecedentes quirúrgicos abdominales y alérgicos. Inicia con dolor abdominal de 2 semanas de evolución, tipo cólico localizado a mesogastrio, el cual se generalizó posteriormente acompañado de fiebre no cuantificada, vómito de características gástricas, sin canalizar gases ni presentar evacuaciones en 4 días, niega pérdida de peso y refiere 2 cuadros previos los cuales remitieron con manejo médico. A la exploración física con taquicardia de 98 x min, deshidratación leve, cardiopulmonar sin compromiso hemodinámico, el abdomen con distensión abdominal leve, dolor abdominal en mesogastrio, peristalsis disminuida, sin datos de irritación peritoneal, al tacto rectal la ampolla rectal vacía, sin evidencia de cre-

cimiento prostático. Osteomuscular con deformidad articular a nivel de mano, codos y rodillas. Sus laboratorios de ingreso con leucocitos de 10,350, hiperglucemia de 164, llama la atención elevación de bilirrubina indirecta 1.02, la bilirrubina directa de 0.39 y fosfatasa alcalina de 156. Las radiografías de abdomen presentando solamente dilatación de asas de intestino delgado en mesogastrio y con dilatación del colon ascendente hasta nivel de ángulo hepático del colon. Sin presentar mejoría a las 8 horas y con aumento del dolor en mesogastrio y biometría hemática de control con elevación de los leucocitos hasta 16,130 y tomografía axial computarizada sin evidencia de lesiones tumorales, se decide realizar LAPE (Laparotomía exploradora) encontrándose dilatación de asas de delgado con edema interasa, dilatación importante de ciego y colon ascendente, así como lesión tumoral a 5 cm del ángulo hepático con estenosis de la luz de colon transverso y presencia de ganglios paracálicos, epicálicos e intermedios. Se decide realizar hemicolectomía derecha con ileo-transverso anastomosis término-terminal en 1 plazo con prolene 3-0. El reporte de patología reveló presencia de áreas de ulceración en toda la mucosa alteradas con sitios de engrosamiento de la pared de colon compatible con enfermedad de Crohn y presencia de 15 ganglios con hiperplasia mixta. El paciente evolucionó satisfactoriamente sin evidencia de fistula intestinal y se egresó con alta a su domicilio. **Conclusiones:** La enfermedad de Crohn es muy rara en adultos mayores, el paciente en su interrogatorio mostraba manifestaciones extradigestivas de enfermedad de Crohn, las cuales no relacionamos dada la incidencia. Él se encontraba en tratamiento con metotrexate (inmunosupresor con buenos resultados en enfermedad de Crohn). Por el antecedente de la ingesta de inmunosupresor y leucocitosis se sometió a LAPE con hallazgo de lesión tumoral en colon transverso, el cual se maneja quirúrgicamente como Cáncer de Colon con hemicolectomía derecha e íleon-transverso anastomosis término-terminal sin complicaciones. Revisando la literatura mundial se reporta un riesgo de dehiscencia de anastomosis y fistulas intestinales de hasta un 15%, así como el tratamiento quirúrgico debe reservarse a las complicaciones tales como son: fallo al tratamiento médico, fistulas y abscesos intestinales, hemorragia severa, perforación intestinal, megacolon tóxico y oclusión intestinal.

103

PROCTOCOLECTOMÍA RESTAURADORA CON BOLSA EN J POR CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN EN POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR. VENTAJAS Y CALIDAD DE VIDA

Miguel Blas Franco, Rodríguez RF, Cuevas MF, Rangel PJH, García TN, Solís CF, Almeraya OJ, Cruz CU, Reyes EC, Pasillas FMA, Pérez DH. Servicio de Coloproctología. Hospital HECMN «La Raza», IMSS, México, D.F.

Introducción: La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria, de carácter autosómico dominante, que determina la formación de pólipos adenomatosos a nivel colorrectal. El objetivo de la proctocolectomía en la PAF es intervenir en la secuencia adenoma-carcinoma y así evitar la transformación maligna. De no llevarse a cabo el tratamiento quirúrgico el 100% de los pacientes desarrollara cáncer colorrectal antes de los 50 años. **Objetivo:** Mostrar los resultados de la proctocolectomía restauradora por cirugía de mínima invasión en los pacientes intervenidos en nuestro hospital. **Material y métodos:** De abril 2005 a enero 2008, realizamos 96 cirugías por mínima invasión, con diagnóstico de patología colorrectal, 59 mujeres, 37 hombres, promedio 47 años, en 3 pacientes realizamos proctocolectomía restauradoras con bolsa en J, con ileostomía de protección totalmente por laparoscopia. **Resultados:** Tiempo quirúrgico fue de 360 a 400 minutos, sangrado de 500 ml promedio, no hubo conversión a cirugía abierta, la anastomosis realizada fue ileorrectoanastomosis doble grapado, con prueba neumática con videocolonoscopia que demostró la integridad de la bolsa y anastomosis. Se inició la vía oral promedio al tercer día y se egresaron en promedio al quinto día de postquirúrgico, cero mortalidad. El resultado de histopatología con 45 ganglios linfáticos promedio. **Conclusiones:** La cirugía de mínima invasión ha cubierto campos insospechables en la cirugía colorrectal, los beneficios que ofrece que son perfectamente conocidos, no debe de negársele a los pacientes portadores de esta patología, situación que representa un reto extraordinario para el equipo quirúrgico.

104

ISQUEMIA INTESTINAL SECUNDARIA A TROMBOANGEITIS OBLITERANTE DEL COLON

Óscar Everardo Olvera Flores, Rocha RJL, Rojas IMF, Parrado MW, Saldaña GJA, Chávez VOE, Palomares CUR, Ávalos HVJ, Samaniego CCE, Castro AJ, Enríquez MJ. Servicio de Cirugía Colon y Recto Hospital de Especialidades CMN SIGLO XXI, IMSS, Querétaro, Querétaro

Introducción: La TAO (tromboangiitis obliterante) ocurre casi exclusivamente en hombres, jóvenes y fumadores, afectando los vasos sanguíneos de las extremidades inferiores o superiores. En casos raros se localiza en otros sitios como coronarias, cerebrales o mesentéricas. **Reporte del caso:**

Pac masc 37 años, con antecedentes de tabaquismo intenso y diagnóstico de vasculitis 2 años previos y resto de antecedentes negativos; enviado con diagnóstico de HTD, se realiza colonoscopia encontrando datos compatibles con isquemia colon, pseudopolípos y una estenosis a 70 cm del MA tomándose biopsias; se maneja conservadoramente y se programa colonoscopia 7 días posterior, encontrando ahora sólo estenosis y mucosa regenerada sin cambios. Se recaban RHP con inflamación aguda y crónica inespecífica. Se inicia protocolo pre-quirúrgico por estenosis. Dos semanas después, llega a urgencias con abdomen agudo, con Rx de abdomen con distensión del colon transverso y no datos de aire libre, se sospecha colon tóxico y se hospitaliza e inicia manejo médico; se realiza seguimiento con RX y a las 48 h se evidencia aire libre y se realiza LAPE; encontrando perforación de ciego, en transverso sellada y estenosis de sigmoides, se realiza resección hasta sigmoides y se cierra muñón distal y se crea ileostomía. Evoluciona favorable y se egrasa. Se recaba RHP con reporte de TAO, se IC a Reumatología e inicia manejo, con respuesta y posteriormente en condiciones estable y electiva se realiza re-instalación intestinal. **Conclusiones:** La TAO de vasos mesentéricos es una entidad muy rara, menos de 20 casos en la literatura; la afectación de es más frecuente secundario a aterosclerosis, pero este paciente no existía aterosclerosis. El presente caso es de interés para tener presente esta patología asociada a nuestra especialidad.

105

FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA COMPLEJA SECUNDARIA A TEXTILOMA
Nohemí Preciado Amador, Ruvalcaba COG, Toscano IX, Palomares CUR, Ocampo GS. Servicio de Cirugía General. Hospital Civil Juan I. Menchaca, SSA, Zapopan, Jalisco

Introducción: Los textilomas continúan siendo un problema médico quirúrgico legal importante. Esta complicación puede ocurrir posterior a procedimientos quirúrgicos abdominales, torácicos, cardiovasculares, ortopédicos y en ocasiones en cirugía neurológica. Aunque la incidencia real es desconocida, existen reportes que mencionan que estos eventos suceden 1 en 100 o hasta 1 en 3,000 en todas las intervenciones quirúrgicas y 1 en 1,000 a 1,500 en intervenciones abdominales. Existen factores que favorecen el olvido de un textil en la cavidad abdominal, entre los que se encuentran los cambios en la exposición del campo quirúrgico, intervenciones de urgencia o de larga duración, pacientes con sangrado profuso, en aquellos casos en los que el tiempo quirúrgico debe acortarse por la gravedad del paciente, modificaciones a la técnica quirúrgica y los cambios del personal de enfermería durante el acto quirúrgico, lo cual interfiere con el monitoreo correcto del conteo del instrumental y textiles. La presentación clínica puede manifestarse de manera temprana o tardía; sobre todo en aquellos pacientes con evolución atípica en el postquirúrgico, manifestándose con la presencia de un tumor de crecimiento acelerado, formación de granulomas y abscesos que no ceden al manejo conservador. Es infrecuente el desarrollo de una fistula enterocutánea a órganos vecinos, no así en los casos de larga evolución. Otra manifestación más rara es la migración del textil al lumen intestinal, presentando datos de obstrucción intestinal. La detección precoz se facilita con la presencia de radiomarcadores en los textiles quirúrgicos, medida que posibilita el diagnóstico a través de una radiografía simple de abdomen y permite al cirujano la remoción quirúrgica antes del desarrollo de fibrosis extensa y reacciones adherenciales, además disminuye la morbilidad ya que si la remoción quirúrgica se realiza antes de los primeros quince días del procedimiento, es técnicamente sencillo y se asocia a buenos resultados, mientras que en las formas crónicas, ya con procesos adherenciales que afectan órganos vecinos, la cirugía es más compleja y en general requerirá de resecciones viscerales que se asocian a más complicaciones. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 40 años de edad la cual inicia su padecimiento ocho meses previos posterior a operación cesárea presentando salida de material líquido verde maloliente y en ocasiones seroso en cantidad escasa a moderada a través de la cicatriz de herida quirúrgica media, motivo por el cual acude a consulta. A la exploración física abdominal con presencia de cicatriz media infraumbilical con dehiscencia en el tercio inferior, salida de material verde, fétido e irritación de la piel circundante. La radiografía simple de abdomen en bipedestación sin evidencia de niveles hidroáreos, adecuada neumatización intestinal, en hueco pélvico se identifica una línea irregular radioopaca. La fistulografía evidencia trayecto enterocutáneo e interno con comunicación entre colon sigmoides y ascendente, aparentemente secundaria a presencia de textiloma. Se realiza laparotomía exploradora encontrando presencia de textil con material purulento fétido, adherido a útero, sigmoides y ciego la cual erosionó y perforó la pared de sigmoides, ileón terminal y válvula ileocecal, identificando múltiples perforaciones en las porciones antes mencionadas, en sigmoides y en válvula ileocecal e ileón terminal, realizando resección de sigmoides con anastomosis término-terminal en dos planos además resección de válvula ileocecal, ileón terminal y colon ascendente realizando colecto ileocecal anastomosis término-lateral en dos planos. **Conclusiones:** El textiloma es poco frecuente, involucra consecuencias médicas y legales potencialmente peligrosas. No se han podido determinar los factores humanos y de sistema precisos in-

volucrados. Un conteo de textiles completo no es garantía absoluta de que no se ha dejado alguno en el interior del paciente. La cirugía de extracción debe ser lo más sencilla posible.

106

PERFORACIÓN ESTERCORÁCEA DEL SIGMOIDES

Ignacio Reyes Martínez, Perales LJI, Miranda DLMA, López ASA, Felipe RGM, Alcalá PJD, Moreno ADA. Servicio de Cirugía General. Hospital General de Cd. Victoria «Dr. Norberto Treviño Zapata», SSA, Cd. Victoria, Tamaulipas

Introducción: La perforación estercorácea descrita desde 1894 por Berry, se produce por necrosis isquémica de la pared del colon secundaria a la presión ejercida por las masas fecales o también denominada «úlcera por decúbito» los factores predisponentes son el estreñimiento crónico, ingesta de narcóticos, y alteraciones motoras, la presentación clínica es poco característica y resulta difícil realizar el diagnóstico etiológico preoperatorio y generalmente se realiza después de la laparotomía, los mejores resultados se han obtenido con el procedimiento de Hartmann, la mortalidad postoperatoria es alrededor del 35%, en general por la edad avanzada y la presentación clínica crítica con que ingresan estos pacientes. **Reporte del caso:** Femenino de 85 años, originaria y residente de Cd. Victoria, Tamaulipas. con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica crónica, portadora de marcapasos, fractura de humero derecho, resto sin importancia para su padecimiento actual, refiriéndolo con 5 días de anterioridad, con constipación y obstrucción, agregándose dolor abdominal tipo cólico, de inicio súbito, localizado en cuadrante superior derecho que se generaliza a todo el abdomen en pocas horas agregándose distensión abdominal importante, a su ingreso la encontramos consciente orientada con palidez de tegumentos, taquicardia, mucosas deshidratadas, tórax con presencia de marcapasos, sin compromiso, abdomen globoso distendido, timpánico, rebote positivo, defensa muscular, peristalsis disminuida, presencia de hernia inguinal derecha reductible no comprometida, de paracálinicos relevantes, neutrofilia e hiponatremia, la radiografía simple de abdomen con distensión colónica coprostasis, sin aire distal, se decide su ingreso a quirófano de urgencia, para laparotomía exploradora, encontrando perforación de sigmoides en su borde de antimesentérico de más de 2 cm, con fecalitos pétreos que salían por el sitio de perforación, con abundante material fecal en todo el colon de consistencia pétrea, no gas en cavidad se realiza procedimiento de Hartmann dejando drenajes abiertos, durante el postoperatorio con descontrol cardiovascular, hipotermia, a las 10 horas del postoperatorio, presenta disfunción cardiovascular persistente a maniobras de resucitación, la paciente fallece, con diagnóstico de perforación estercorácea, septicemia. **Conclusiones:** La perforación estercorácea del colon es una patología infrecuente, sin embargo la verdadera incidencia no está valorada, la razón podría ser la falta de criterios diagnósticos bien definidos para esta patología. La forma de presentación no es característica, el dolor, los signos de irritación peritoneal y ocasionalmente, la existencia de una masa abdominal palpable integran la sintomatología habitual, los estudios de laboratorio y gabinete son poco específicos y no aportan datos que orienten al diagnóstico, difícilmente se puede realizar el diagnóstico preoperatorio, realizándolo en el transoperatorio, los mejores resultados se han obtenido realizando procedimiento de Hartmann, existe alta mortalidad en estos pacientes, como lo pudimos corroborar en nuestro caso, debido a las condiciones críticas en que llegó la paciente, creemos que el diagnóstico de perforación estercorácea lo debemos tener presente, en pacientes con los factores predisponentes descritos anteriormente, y documentar todos los casos que se presenten con el fin de conocer o establecer una verdadera incidencia.

107

INTUSUSCEPCIÓN CECOCÓLICA EN EL ADULTO

Jacobo Guillén Pérez, Chávez JJ, Ortega AB, Natividad MJ, Castro LF, Torres AT. Servicio de Cirugía General. Hospital Central Norte, PEMEX, México, D.F.

Introducción: La intususcepción intestinal del adulto es una enfermedad poco frecuente, que representa el 2-3% de los eventos de oclusión intestinal. Hasta en el 90% de los casos en el adulto se demuestra una causa orgánica, principalmente debida a neoplasias (60%). El cuadro insidioso es el patrón clínico que caracteriza esta patología en el adulto, a diferencia del cuadro clásico en pediátricos con vómitos, dolor abdominal y hematoquezia. Los hallazgos tomográficos son los que corroboran el diagnóstico. Ante los hallazgos clínicos y los hallazgos casi patognomónicos en la tomografía, la exploración quirúrgica con resección intestinal del segmento afectado es el tratamiento de elección. **Reporte del caso:** Se presenta el caso de paciente femenino de 45 años con antecedentes de colon irritable con constipación en manejo inconstante por gastroenterología meses antes. Acude a urgencias con cuadro de dolor abdominal tipo cólico, de 5 días de evolución progresivo, se agrega intolerancia a la vía oral del día de su ingreso y vómito en 1 ocasión. Reporta evacuaciones presentes. Salpingooclásia hace 3 años, resto de antecedentes negados. A la exploración física con abdomen distendido, blando, depresible,

con dolor en región de colon derecho, no datos de irritación peritoneal, peristalsis ausente. Sospecha de invaginación intestinal versus volvulo en estudio ultrasonográfico. La tomografía computada reportó intususcepción de la región del colon derecho, sin evidencia de otras alteraciones. Se somete a cirugía y se localiza ciego invaginado hacia la luz del colon ascendente, fijo por adherencias laxas. Se realizó hemicolecctomía laterolateral sin incidentes. La pieza se envió a patología, donde reportaron tejido inflamatorio sin evidencia de neoplasia. La evolución de la paciente se complicó con proceso neumónico basal derecho, sin otras complicaciones y se egresó a los 8 días de la cirugía. **Conclusiones:** Más de 90% de la intususcepción en adultos tiene una causa demostrable. La tasa elevada de patologías orgánicas como factor etiológico principal de la intususcepción en el adulto hace mandatoria la exploración quirúrgica con resección del segmento afectado para descartar lesión neoplásica. En este caso se realizó la reducción del segmento invaginado sin evidenciarse una lesión evidente.

108

MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO A COLON. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Alfredo Jesús Vega Pérez, Vega-Malagón AJ, Pérez-Coutiño DV, Vega-Malagón G, Yáñez-Villanueva JD, Vega-Pérez MO, Cereceres D, Cano VE, Navarro RR, Vega-Pérez OE. Servicio de Cirugía General. HGR 1 Querétaro, IMSS, Querétaro, Querétaro

Introducción: El melanoma es una de las neoplasias malignas que en las últimas décadas ha tenido una mayor incidencia, en la actualidad se considera del 2.21-2.24/100,000 habitantes. Al momento del diagnóstico los melanomas son enfermedad localizada en el 86.4%, enfermedad diseminada regionalmente en el 9.4% y enfermedad diseminada a distancia en el 4.2%. Los sitios más frecuentes de metástasis son el cerebro, pulmón e hígado y con menor porcentaje tejidos blandos, hueso y tracto gastrointestinal. Sin embargo, es quizás la causa más frecuente de metástasis al tubo digestivo y los sitios más frecuentes son el intestino delgado, colon, anorrectal y estómago. En casos de autopsia se han encontrado metástasis de melanoma al tubo digestivo por arriba del 60%, pero sólo entre el 1 y 4% de los casos, fueron diagnosticados en vida por lo inespecífico de la sintomatología; se considera que menos del 2% de los pacientes presentan cuadro clínico de enfermedad metastásica al tubo digestivo. El tiempo promedio de aparición de la enfermedad metastásica es 4.4 años, con sobrevida global de 13 a 27 meses. El tratamiento es quirúrgico, cuando se realiza con fines curativos el promedio de sobrevida es de 48.9 meses, contra 5 a 11 meses cuando se administra sólo quimioterapia y 5.4 meses cuando el tratamiento quirúrgico es con fines paliativos. **Reporte del caso:** Paciente femenina de 66 años a quién hace 5 años se le resecó lesión pigmentada en planta de pie izquierdo, con reporte transoperatorio de melanoma maligno. Se efectuó resección amplia de la lesión, con rotación de colgajos y disección ganglionar inguinal ipsilateral. El reporte definitivo corrobora el diagnóstico y los ganglios inguinales se reportan negativos. Posteriormente se maneja con químico e inmunoterapia. Se mantiene asintomática del aparato digestivo, hasta que presenta dolor abdominal difuso, melenas y rectorragia de tres días de evolución. Se le efectúa colonoscopia encontrando tumoración en colon ascendente ulcerada, con obstrucción de la luz en un 80%. Posterior al estudio presenta clínicamente síndrome de abdomen agudo, efectuando laparotomía exploradora de urgencia, corroborando la lesión descrita en la colonoscopia, pero con perforación y peritonitis generalizada. Se realiza hemicolecctomía derecha con resección de mesenterio hasta la base y se reconstruye con ileotransversoanastomosis primaria término lateral. El reporte de patología definitivo es de melanoma metastásico a colon ascendente, con ganglios en mesenterio negativos para malignidad. Evolución postoperatoria satisfactoria sin complicaciones. Actualmente en control con quimioterapia. **Conclusiones:** En pacientes con antecedente de melanoma maligno, aun con sintomatología mínima e inespecífica en tubo digestivo, se debe considerar y sospechar la existencia de enfermedad metastásica a este nivel. En frecuencia, el colon es el segundo sitio más afectado, después del intestino delgado, y se presenta como lesión solitaria, intususcepción, lesión polipoide, lesiones ulceradas y nódulos submucosos. Además, hay reportes de melanoma en pacientes con adenocarcinoma de recto, con síndrome de Peutz-Jeghers y como depósito metastásico en polípo adenomatoso en un paciente con adenocarcinoma de colon. El protocolo de estudio en estos pacientes debe incluir estudios radiográficos con medio de contraste, endoscópicos e histopatológicos. El tratamiento será quirúrgico con resección amplia de la lesión, de ser posible con fines curativos, en caso contrario procedimientos paliativos, y control posterior con químico e inmunoterapia. El pronóstico dependerá de lo oportuno del diagnóstico, del adecuado tratamiento quirúrgico y terapia adyuvante postoperatoria.

109

MELANOMA ANAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Isaac Rodríguez Sánchez, López OM, Salgado AME, Barroso EM. Servicio Cirugía General. Hospital «Dr. Darío Fernández Fierro». ISSSTE, México, D.F.

Introducción: El melanoma maligno es una neoplasia dependiente de la degeneración de los melanocitos, muy agresivo y de mal pronóstico. Su localización anorrectal es muy rara, representa alrededor del 0.2 al 2% de todos los melanomas; y entre el 1 y 2% de todas las neoplasias anorrectales. La mayoría de los melanomas anales se encuentran cerca o sobre la línea dentada en el canal o margen anal en 92% y en el recto en 8%. La sintomatología es similar a la de patologías benignas, lo cual genera retraso en el diagnóstico y tratamiento. El melanoma anal es una neoplasia maligna de rápida evolución; los pacientes con esta patología presentan un mal pronóstico a corto plazo, con sobrevida a 5 años del 17 al 22%. **Reporte del caso:** Femenino de 45 años, inició su padecimiento en septiembre de 2006 con rectorragia ocasional por lo que se le realiza rectosigmoidoscopia, encontrando lesión en margen anal de la cual se toma biopsia, el estudio histopatológico reporta melanoma maligno infiltrante de margen anal; en octubre de 2006 se realiza TAC abdominopélvica sin encontrar metástasis; en enero de 2007 presenta prolapsus tumoral, se toma nueva biopsia, en la cual se reporta: melanoma maligno que infiltra hasta tejidos blandos. La paciente decide iniciar manejo en base a medicina alternativa, donde se mantiene durante 1 año, en enero de 2008 ingresa a nuestro servicio, encontrándose en protocolo de estudio para químico o radioterapia. Ingresa ya que durante los últimos meses cursó con períodos de estreñimiento, disminución del calibre de las heces y 3 días previos a su ingreso presenta rectorragia, dolor tipo pulsátil en región anal de intensidad 4/10, y un día antes presenta sensación de cuerpo extraño anal, acompañado de dolor tipo pulsátil 7/10, por ello acude a la unidad. A la exploración física la paciente se encontraba con presencia de masa de aproximadamente 8 x 8 x 6 cm de características verrugosas, pediculada, de color grisáceo en región anorrectal con base en canal anal. A su ingreso con hemoglobina de 5.8 g/dl, marcadores tumorales sin alteraciones. Se somete a procedimiento quirúrgico en donde se realiza colostomía y se reseca tumoración dependiente de canal anal. La paciente muestra adecuada evolución, se realiza TAC abdominal en donde se aprecian metástasis hepáticas. Finalmente la paciente es enviada a tercer nivel. El estudio histopatológico reportó: sarcoma fusocelular de alto grado, pediculado de la mucosa rectal con angiointeración. Ante la duda diagnóstica, se envía la pieza a estudio histopatológico a tercer nivel en donde se concluye después de haber realizado múltiples estudios inmunohistoquímicos (pr-S100, HMB45, CD117) que el tumor corresponde a un melanoma maligno invasor. La paciente se encuentra bajo tratamiento con quimioterapia con mal pronóstico debido a que ya presentaba metástasis hepáticas. **Conclusiones:** El melanoma anal es una patología poco frecuente, se manifiesta generalmente en etapas avanzadas; los signos y síntomas son muy similares a los producidos por patologías más frecuentes y de curso benigno, lo cual produce un diagnóstico y tratamiento inicial erróneo. El diagnóstico definitivo se realiza de forma histopatológica, y aún así en ocasiones es difícil realizarlo, como lo fue en el caso presentado, por lo que se tiene que llegar al empleo de la inmunohistoquímica con marcadores específicos como la proteína S-100, anticuerpos como el HMB45, o marcadores como el CD117. El pronóstico del melanoma anal es muy sombrío a corto plazo y si a esto agregamos la falta de información y de cultura de salud en nuestro país, se produce un retraso aún mayor en el tratamiento, lo cual disminuye la sobrevida de estos pacientes; como lo fue en este caso ya que en dos ocasiones previas se realizó el diagnóstico y sin embargo la paciente se alejó de la medicina científica para acudir a la medicina alternativa, tal vez por falta de información sobre su patología; en donde el tiempo que invirtió le ha restado posibilidades de sobrevida.

110

(GIST) TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL DE COLON

Edgar Moreno Lozano, Pérez OJI, Alcántara RD, Valencia DJC, Martínez GP, Montaño EJA, Vázquez GB. Servicio de Cirugía. Hospital de la Mujer, SSA, Puebla, Pue.

Introducción: Los tumores estromales gastrointestinales fueron descritos por primera vez e 1940 por Stoul, al referirse a un grupo particular de lesiones que nacían exclusivamente de músculo liso. La introducción de la microscopía electrónica y los avances en la inmunohistoquímica, permitieron que en los inicios de los años 80 se revelara la diferenciación de este tipo de tumores originados de músculo liso o dependientes del sistema nervioso autónomo. Dichas características han permitido subdividir a estos tumores en tumores gastrointestinales de nervios autónomos (GANT) y tumores estromales gastrointestinales (GIST). Este tipo de tumores presentan mutaciones específicas de la proteína tirosin kinasa (KIT), y sobre expresión de (CD 117), el cual define a un grupo de tumores que demuestran diferenciación a partir de las células intersticiales de Cajal; células conocidas como marcapasos del tracto gastrointestinal. **Reporte del caso:** Caso clínico: Femenino de 68 años, analfabeta, sin antecedentes familiares de importancia; sin antecedentes quirúrgicos previos, alérgicos y transfusionales negados. Que inicia su padecimiento 3 meses previos a su ingreso con ataque al estado general, aumento importante de volumen a nivel abdominal, siendo valorada por Dpto. de ginecología y obstetricia e ingresada a hospital para iniciar manejo y protocolo por tumor de ovario.

Durante su estancia presenta cuadro de deshidratación y oclusión intestinal. Presencia de evacuaciones melénicas abundantes, dolor abdominal importante y tumor que abarca toda la pelvis hasta la cicatriz umbilical. Se realiza USG pélvico en el que se reporta quiste gigante de ovario vs mioma gigante con hidronefrosis bilateral por compresión. TAC abdominopélvica reportando tumor dependiente de sigmoides de gran tamaño, quiste simple hepático en lóbulo derecho, hidronefrosis bilateral. Colonoscopia en el que se reporta tumor ulcerado a nivel de sigmoides a 22 cm del margen anal, dicha ulceración de 5 cm del diámetro sin evidencia clínica de perforación a cavidad, pólipos pediculados a 4 cm del margen anal. Reporte de las biopsias mencionan a mesenquimatoso compatible con tumor estromal gastrointestinal con extensas zonas de necrosis y hemorragia. Se decide realizar laparotomía exploradora con hallazgos de tumor de sigmoides, el cual ocupa todo el hueco pélvico e involucrando el tercio medio y superior de recto. Se realiza resección anterior baja y colostomía terminal. **Conclusión:** Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son sarcomas no epiteliales que conforman del 0.1 al 3% de todo. El diagnóstico as las neoplasias gastrointestinales. Pueden producir anemia, dolor y obstrucción abdominal pero generalmente son sintomáticos. El diagnóstico se realiza en base a la detección de la enzima tirosin cinasa (KIT) en base a los marcadores inmunohistoquímicos CD4 que es un antígeno mieloide de la célula progenitora y en particular el CD117. El tratamiento de este tipo de lesiones es quirúrgico de forma primaria, sin embargo la recurrencia es alta y la sobrevida a 5 años es del 50%. El diagnóstico suele ser difícil y el tratamiento quirúrgico sigue siendo el más adecuado. En nuestro caso, el diagnóstico inicial fue difícil, el manejo quirúrgico fue el indicado en base a la experiencia ya descrita, pero la recurrencia de la enfermedad es muy alta lo que ensombrece la sobrevida.

111

IMPLANTACIÓN DE CÁNCER DE RECTO EN ESTOMA

Ulises Rodrigo Palomares Chacón, Pérez NJV, Anaya PR, González IJJ, Ruvalcaba COG, Preciado AN, Suárez ZA, Cervantes GM. Servicio de Coloproctología. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El objetivo primario en el manejo del cáncer colorrectal es la curación y la minimización de las recurrencias locales o metastásicas. A pesar del manejo adecuado la recurrencia del cáncer colorrectal se ha reportado en un 25 a 50%. Los primeros sitios de recurrencia son el hígado, pulmones o región del tumor primario. Menos comunes son los ovarios, el hueso, el sitio de anastomosis o el cerebro. Distintas series señalan que 10% de los casos de cáncer colorrectal ameritan resecciones multiviserales por aparente infiltración. En estos casos, el porcentaje de pacientes que presentan efectivamente invasión tumoral de los órganos vecinos es 50%. **Reporte del caso:** Caso 1: Femenina de 38 años de edad, con adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado, con estadio clínico IIIB a la que se realizó resección abdominoperitoneal, con adyuvancia a base de radioterapia y quimioterapia, al año de seguimiento presentó aumento de volumen en borde de colostomía, con rápido crecimiento, se toma biopsia reportando neoplasia de misma extirpe. Se realiza resección de segmento intestinal con tumoración descrita y con remodelación de colostomía. Caso 2: Masculino de 57 años de edad, con antecedente de resección abdominoperitoneal por adenocarcinoma de recto moderadamente diferenciado, con estadio clínico IIB, manejado con adyuvancia. A los 18 meses de la cirugía presenta discreto aumento de volumen en borde de colostomía, se toma biopsia que reporta misma estirpe del tumor primario. **Conclusiones:** La recurrencia del cáncer colorrectal en una colostomía terminal es rara, pero debe estudiarse para descartar patología a otro nivel. En caso de aumento de volumen en borde de la colostomía, deberá de tomarse biopsia para descartarla. El tratamiento quirúrgico de la recidiva local en cáncer de recto estaría justificado razonablemente porque puede ofrecer una paliaión adecuada, prolonga la sobrevida y logra curación hasta en un tercio de los pacientes. La selección de pacientes es crucial para lograr buenos resultados y debe ser idealmente efectuada en centros especializados con gran experiencia en cirugía pélvica con una mortalidad menor del 5%.

112

TUMOR SINCRÓNICO DE COLON Y RIÑÓN. REPORTE DE UN CASO

Ulises Rodrigo Palomares Chacón, Pérez NJV, Anaya PR, González IJJ, Ruvalcaba COG, Preciado AN, Solórzano TFJ, Álvarez VJ. Servicio de Coloproctología. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El cáncer de colon es la segunda causa de muerte por cáncer en las sociedades occidentales. La incidencia del cáncer colorrectal en la unión europea se cifra en 58/100,000 habitantes/año y la mortalidad es de 30/100,000 habitantes/año. El cáncer colorrectal es el tercer cáncer más frecuentemente diagnosticado, en hombres y mujeres, en Estados Unidos. El cáncer colorrectal comprende todas aquellas lesiones situados en el intestino grueso, el cual anatómicamente se divide en colon y recto.

En tanto el cáncer renal representa el 2% de los tumores malignos del ser humano. El tumor sincrónico colorrectal y renal tiene una frecuencia de 0.3 a 0.5%. **Reporte del caso:** Masculino de 68 años de edad quien inicia su padecimiento actual siete meses atrás con cambios en los hábitos de la defecación caracterizados por disminución en el calibre de las heces, evacuaciones sanguinolentas y dolor a la evacuación, se realiza exploración física, colon por enema, colonoscopia con toma de biopsia y TAC abdominopélvica que evidencia tumor en recto (adenocarcinoma moderadamente diferenciado) y en riñón izquierdo. Se opera encontrando tumor de recto a nivel de margen anal. Y tumor sincrónico de riñón izquierdo. Se realiza resección abdominoperitoneal y nefrectomía izquierda. El reporte histopatológico definitivo es de adenocarcinoma moderadamente diferenciado en recto y tumor de células claras renal. **Conclusiones:** El tumor sincrónico del riñón y colon es raro en nuestro medio pero consideramos que debería prestarse la atención adecuada en los estudios de extensión, para determinar dicha sincronía.

113

FÍSTULA COLOCUTÁNEA SECUNDARIA A CÁNCER DE SIGMOIDES

Ulises Rodrigo Palomares Chacón, Pérez NJV, Anaya PR, González IJJ, Ruvalcaba COG, Preciado AN, Rodríguez HSA, Montanez SLG. Servicio de Coloproctología. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El cáncer de colon es la neoplasia maligna más frecuente del tracto digestivo. Los carcinomas mucinosos dan lugar al 6.4% de las lesiones malignas de colon y recto. Estos son más frecuentes en pacientes menores de 39 años y en pacientes femeninos. Se localizan más frecuentemente en recto, seguido en colon derecho. Las manifestaciones clínicas de presentación más comunes son: dolor abdominal (40.5%), cambios en los hábitos intestinales (33.2%), sangrado rectal (34.3%) y sangre oculta en las heces (28%). La obstrucción y la perforación son signos de pobre pronóstico a menudo asociados con enfermedad avanzada. La perforación asociada a cáncer de colon habitualmente está relacionada con obstrucción distal, debido al gradiente de presión y la debilidad de las paredes, es muy raro que una neoplasia fistulice a piel, ya que se necesita invasión por contigüidad de la pared abdominal, asociado con perforación local. **Reporte del caso:** Caso 1. Femenina de 57 años de edad, inicia su padecimiento un año previo con la presencia de dolor localizado en fosa ilíaca izquierda de moderada intensidad, distensión abdominal y salida de material purulento en dicha zona, es manejada médica como un absceso, continuando con salida de pus, se asocia con salida de material intestinal motivo por el que se solicita fistulografía la cual corrobora la presencia de fistula enterocutánea. Y se envía a nuestro servicio. Se somete a acto quirúrgico encontrando como hallazgos tumor de sigmoides localizado en hueco pélvico de aproximadamente siete por siete centímetros, duro, firmemente adherido a hueso ilíaco y canal inguinal ipsilateral. El resto de los órganos abdominales sin datos patológicos; realizando resección anterior baja y resección de trayecto fistuloso. El resultado histopatológico reporta adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado. Femenina de 29 años de edad, inicia dos meses previos con dolor abdominal severo generalizado motivo por el que se somete a acto quirúrgico, reportando como hallazgos absceso tubárico izquierdo. Un mes después inicia con salida de material intestinal por piel en fosa ilíaca izquierda, además de datos de oclusión parcial intestinal motivo por el que se realiza rectosigmoidoscopia la cual demuestra lesión tumoral a 25 cm del margen anal, friable, obstruyendo el 60% del lumen intestinal. Se toma biopsia. Se somete a acto quirúrgico reportando como hallazgos tumor de veinte por diez por diez centímetros que involucra ovario, trompa de Falopio izquierdo, y pared abdominal.; El resto de los órganos abdominales sin datos patológicos; realizando sigmoidectomía, con anastomosis primaria y salpingoovorectomía izquierda, con resección de trayecto de piel. El reporte histopatológico definitivo fue de un adenocarcinoma mucinoso moderadamente diferenciado de colon.

Conclusiones: Los hallazgos encontrados en estos dos pacientes, nos obligan a descartar patología neoplásica en casos de cuadro sugestivo de enfermedad infecciosa pélvica complicada con fistula colocutánea como presentación. La principal causa de fistula colocutánea es la enfermedad diverticular. La fistula enterocutánea fue el principal síntoma de la neoplasia de colon sigmoides en ambos casos. La rareza de esta presentación, se explica mediante la Ley de Laplace, ya que regularmente el crecimiento del tumor es centrípeto, condicionando obstrucción con aumento de presión intraluminal proximal, perforación libre y peritonitis. Son escasos los reportes de fistula colocutánea como presentación inicial de una neoplasia de colon.

114

ABORDAJE DE KRASKE PARA LESIONES TEMPRANAS DE CÁNCER DE RECTO

Nicolás Sánchez Rodríguez, Zapata A, Sierra GJ, Álvarez DA, Montoya R, Ortiz HR. Servicio de Cirugía General. HRZ # 6 Cd. Madero, IMSS, Tampico, Tamaulipas

Introducción: Desde el nacimiento de Hipócrates en el siglo 460 a.C. y aun después de Galeno en 129 a.C pasaron muchos siglos sin que apareciera literatura sobre el tratamiento del cáncer de recto temprano, se conoce que en el año 1875 Kocher realiza la resección del recto por vía sacra, operación popularizada posteriormente por Krasker quien por esta vía reseca el recto y en ocasiones sutura los dos cabos. En años recientes las resecciones locales para el cáncer de recto han ganado terreno como estrategia terapéutica para el cáncer de recto distal, ya que elimina la necesidad de colostomía, disminuye los riesgos perioperatorios y mantiene funciones favorables, además de ser un procedimiento curativo en casos seleccionados en estadio clínico I. **Reporte del caso:** Se presentan dos casos: Caso 1: fem de 63a de edad con cuadro caracterizado por rectorrágia intermitente hasta llegar a la hematoquexia por lo cual se realiza protocolo clínico encontrando lesión en pared posterior del recto de 2 cm no ulcerado clínicamente corresponde a York-Mason I, reportando histología de adenocarcinoma bien diferenciado. Caso 2: masculino de 83a el cual cuenta con cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por rectorrágia acompañado de nodulación no dolorosa anorrectal, realizando protocolo clínico encontrando lesión de 2.4 a 5 cm de margen anal con reporte histológico de adenocarcinoma bien diferenciado. Los dos fueron sometidos a resección transacra descripta por Krasker con anastomosis primaria sin complicaciones postoperatorias. **Conclusiones:** En la actualidad aunque aún existen algunas controversias tenemos ciertos principios aceptados por la mayoría de los cirujanos y oncólogos para el manejo y tratamiento de las lesiones distales del recto, para los tumores altos se indica una resección anterior baja con anastomosis primaria siempre y cuando ésta sea posible. Algunos autores sugieren la resección transanal con microcirugía endoscópica de tumores pequeños, en pacientes que no toleran la cirugía mayor, con respecto a los tumores del tercio medio y distal la penetración del tumor en la pared rectal y el grado de diferenciación celular son los factores principales en la determinación del manejo para tumores T1N0M0 la resección local es adecuada si la lesión es pequeña con buena diferenciación celular y sin evidencia de invasión vascular o linfática, algunos autores también la utilizan para lesiones un poco mas grandes T2N0M0 pero sugieren agregar radioquimioterapia postoperatoria para un mejor control local de la enfermedad.

115

ADENOMA TUBULOVELLOSO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Xavier Toscano Igartua, Maciel GVM, Centeno FM, Briceño FA, Preciado AN, Reynoso GL, Miranda LV, Toscano IS. Servicio de Cirugía General. Hospital Civil «Dr. Juan I. Menchaca». Guadalajara, Jalisco

Introducción: Los tumores benignos del colon tienen muy diversas etiologías variando su potencial de malignización, los más comunes son los pólipos. De las cuales se dividen en neoplasias epiteliales benignas que abarca: Adenoma tubular (pólipo adenomatoso), adenoma veloso (papiloma), adenoma tubulovelloso (mixto, papilar, villoglandular). Los adenomas tubulovelloso representan sólo el 15% de todos los pólipos y corresponden a las neoplasias que no se ajustan a la morfología clásica. Tiene un potencial de malignidad en su superficie de 22%. La manifestación clínica más frecuente es la hemorrágia. Los métodos diagnósticos son: la proctosigmoidoscopia, enema baritado y colonoscopia. El tratamiento es resecar todos los pólipos, es de suma importancia el estudio histopatológico de la pieza extirpada para establecer si se trata de un pólipos maligno o no. En casos de que se trate de pólipos muy voluminosos localizados en el tercio distal del recto se podrá practicar la resección transanal. El seguimiento se recomienda que todos los pacientes con pólipos neoplásicos sean incluidos en un programa de vigilancia sistemática en busca de lesiones metacárnicas, independientemente de que hayan tenido o no carcinoma invasor. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 77 años que acude por hemorrágia de tubo digestivo bajo de 4 meses de evolución el cual se acompaña de pérdida de peso. Antecedente de RTUP, alcoholismo positivo hasta la embriaguez desde hace 32 años, tabaquismo positivo 1 cajetilla diaria hasta la fecha desde hace 40 años. A la exploración física se observa lesión a 3 cm del margen anal con pólipos multiloculado el cual se observa a la separación del área anal, al tacto rectal se identifica masa que abarca cara anterior de recto, la cual es móvil y suave no dolorosa, obstruyendo un 60% de la luz rectal, del cual se toma biopsia. La biopsia reporta adenoma tubulovelloso. Se toma marcadores reportados ACE 3.18 (0-3), Ca 19.9 < 2 (< 37). TAC se observa recto desplazado hacia la derecha con evidente imagen semiesférica de centro hipodenso (densidad líquida) que envuelve a las capas perirrectales y se extiende a la grasa perirrectal izquierdo que mide 50 mm x 40 mm compatible con neoformación. Se realiza proctectomía distal con anastomosis recto anal. El transquirúrgico reporta pólipos correspondiente a adenoma tubular, múltiples pólipos adenomatoso tubulovelloso, negativo de malignidad. Reporte de patología: longitud de 15 cm, diámetro de 4 cm, con mucosa con múltiples pólipos tapizando la totalidad de la mucosa, negativo para malignidad, DX producto de mucosectomía colónica con poliposis que corresponde a adenomas tubulovelloso sin displasia. Segmento de intestino de 15 cm. Con-

clusiones: A pesar de que los adenomas tubulovelloso son neoplasias benignas, pueden dar signos y síntomas de que simulen neoplasia maligna, de ahí la importancia de realizar una adecuada exploración y diagnóstico anatomo-patológico para poder ofrecer el mejor tratamiento. Así mismo el seguimiento es de suma importancia debido a su tendencia a producir lesiones malignas.

116

ADENOCARCINOMA DE CIEGO

Karina Rojas López, Chávez VG, Aguirre CJ, Simón NE, Rodríguez RI. Servicio de Cirugía General. Hospital «Darío Fernández», ISSSTE, México, D.F.

Introducción: De las neoplasias malignas de tubo digestivo, el cáncer colorrectal ocupa el segundo lugar en frecuencia a nivel mundial. 1. Su incidencia es dos veces mayor en países desarrollados. 2. En nuestro medio ocupa el segundo lugar de los tumores de tubo digestivo, después del gástrico. 3. En el 38% de los casos el cáncer de colon se localiza a nivel de ciego y colon ascendente, seguido de sigmoides (34%), colon descendente (16%) y transverso (12%), algunos autores señalan que esta situación podría estar relacionada con la velocidad de tránsito del contenido colónico en sus diferentes segmentos. 4. Debido a que el contenido fecal del colon derecho es líquido o semiliquido, los tumores malignos de estas áreas se manifiestan más tarde que los del colon izquierdo. 5. Las manifestaciones habituales son fatiga, anemia, molestia abdominal vaga, masa palpable en cuadrante inferior derecho. Raramente puede presentarse perforación y la obstrucción mecánica es excepcional. Si el carcinoma invade las capas superficiales del colon o lo perfora, se produce una reacción inflamatoria con dolor más intenso y localizado que puede simular una apendicitis aguda. 6. La resección quirúrgica continúa siendo el tratamiento básico de los tumores de colon, la resección con fines curativos es posible en un 75-80% de los casos 7.8. La sobrevida a 5 años es del 50%. Los factores pronósticos relevantes son: el estadio patológico al momento de la cirugía, el grado histológico y el tratamiento inicial. **Reporte del caso:** Masculino de 74 años, hipertenso y diabético de larga evolución, revascularización hace 17 años por IAM con FA y cardiopatía mixta desde hace 10 años. Ingrera a urgencias por dolor en fosa iliaca derecha de 72 h de evolución, irradiado a región lumbar y fosa iliaca izquierda, de aparición súbita tipo cólico, aumenta con el movimiento, acompañado de náusea, sin vómito. Se automédico analgésicos sin mejoría. Clínicamente se encontró con FC 94x', FR 20x', TA 90/70 mmHg, afebril, ligeramente pálido, regularmente hidratado, con postura antiálgica, área precordial con taquiarritmia, pulmones sin compromiso, abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación profunda en fosa iliaca derecha con defensa y resistencia muscular, rebote +, signos apendiculares +, peristalsis disminuida, resto normal. El laboratorio reportó: Hb 10 g/dl, leucos 19,600 con diferencial normal, TP al 71%, glucosa 205, Na 132, K 4.1, Cl 96, BUN 13 creatinina 1.1. La Rx de tórax con cardiomegalia y la de abdomen escoliosis antiálgica, edema interas, leve distensión de asas, psosas derecho borrado. Fue sometido a laparotomía exploradora con diagnóstico de apendicitis modificada encontrando como hallazgo apéndice normal, ciego indurado con tumoración de 4 x 8 cm, móvil, crecimientos ganglionares en mesenterio. Se realizó hemicolectomía derecha con ileotransversoanastomosis término-terminal en dos planos. La evolución postoperatoria del paciente fue favorable, reincidiendo tránsito intestinal y tolerando vía oral sin complicaciones, por lo que al 60. día de estancia egresa por mejoría con seguimiento en la consulta de donde se canalizó a oncología para terapia coadyuvante. El reporte anatomo-patológico definitivo fue adenocarcinoma de ciego moderadamente diferenciado, ulcerado y perforado, con permeación vascular, inflamación crónica y aguda; invasión de tejido adiposo contiguo, bordes quirúrgicos libres de tumor, hiperplasia linfoido, congestión y edema en los 13 ganglios linfáticos resecados. **Conclusiones:** El cáncer de ciego suele manifestarse tarde. Su presentación inicial, puede ser simulando un cuadro de apendicitis aguda explicable por el proceso inflamatorio que acompaña la perforación de la pared colónica. La conducta quirúrgica debe ser definitiva con hemicolectomía derecha y resección ganglionar.

117

COLECTOMÍA DERECHA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA CON EXTRACCIÓN TRANSGÁSTRICA. ¿UN PRECURSOR DE NOTES?

Guillermo Portillo Ramila, Franklin ME. Servicio Advance Laparoscopic Surgery. Hospital Texas Endosurgery Institute. San Antonio, Texas

Introducción: De todas las complicaciones de la cirugía de colon, la más compleja y trágica es la fuga en la anastomosis, ésta se presenta a pesar de que la técnica halla sido realizado adecuadamente. En el colon izquierdo su frecuencia llega a ser de más del 50%, cuando el recto está incluido en la anastomosis. **Objetivo:** Estudio prospectivo colectomía derecha totalmente laparoscópica con extracción transgástrica. **Material y métodos:** De septiembre 2007 a feb 2008 se estudiaron a todos los pacientes sometidos a colectomía derecha totalmente laparoscópica. La técnica quirúrgi-

ca incluyó el uso de 4 trócares tres de 5 mm en hipocondrio derecho, ombligo y fosa iliaca izquierda y uno de 5/12 mm en fosa iliaca derecha. La disección de medial a lateral, control vascular con Ligasure, anastomosis intracorpórea con engrapadora lineal y extracción de la pieza mediante colpotomía posterior. **Resultados:** Se completaron 7 colectomías totalmente laparoscópicas con extracción de la pieza transvaginal. La edad media fue de 71 años rango de 56-80 años. El tiempo quirúrgico promedio fue de 110 minutos (100-200 min), la pérdida sanguínea promedio fue de 18.33 ml (10-25 ml). El primer día postquirúrgico se reportó un dolor promedio (escala analógica 0-10) de 2.5 en fosa iliaca derecha y de 1 en el segundo día posquirúrgico. No se observaron complicaciones intraoperatorias ni conversiones a cirugía laparoscópica asistida o abierta. En ningún paciente se observó hernia incisional, infección de herida quirúrgica, seroma o complicación ginecológica. **Conclusiones:** La colectomía derecha totalmente laparoscópica con extracción de la pieza transvaginal es segura y eficaz para tratar patologías benigna y maligna del colon.

118

ADENOCARCINOMA DE COLON Y GIST DE ESTÓMAGO SINCRÓNICO

Óscar Everardo Olvera Flores, Rocha RJL, Rojas IMF, Parrado MW, Saldaña GJA, Chávez VOE, Palomares CUR, Ávalos HUJ, Samaniego CCE, Enríquez MJ, Flores OA. Servicio de Cirugía Colon y Recto. Hospital de Especialidades CMN siglo XXI IMSS, Querétaro, Querétaro

Introducción: El cáncer colorrectal no polipoideo hereditario abarca 2 síndromes Linch I (colon) y Linch II (adenocarcinomas colónicos y extracolónicos incluyendo estómago) sin embargo pocos reportes hay de tumores del estroma gastrointestinal sincrónicos. **Reporte del caso:** Pac fem de 80 años de edad, con antecedentes de HAS, ICC, EVC, amputación supracondilea por insuficiencia arterial aguda y litiasis vesicular, se le realiza colonoscopia por HTDB, evidenciándose tumor de sigmoides, que obstruye 90%, ulcerado, se toman biopsias y se reporta adenocarcinoma de colon bien diferenciado, ulcerado e invasor; se inicia protocolo pre-quirúrgico con resto de estudios clínicos y para clínicos. Realizándose TAC abdominopélvica en donde se evidencia tumor de aprox. 10 x 12 cm, vascularidad sobre región topográfica de cola de páncreas, de características quísticas y multilobulada. Se solicita biopsia guiada por TAC la cual se contraindica por vascularidad, se concluye protocolo y se programa LAPE encontrando tumor de sigmoides de 5 cm de longitud con reacción inflamatoria y adherido a pared, sin ganglios o metástasis; y un tumor a nivel de cara posterior del estómago a nivel del hilio esplénico libre y resecable, realizándose resección y colo-coloanastomosis sin complicaciones. La paciente evoluciona de manera satisfactoria sin complicaciones y se egresa, el RHP concluye adenocarcinoma de colon bien diferenciado T3, N0, M0 y GIST de bajo grado. La paciente se envía a oncología para valoración de adyuvancia. **Conclusiones:** Las presentación de tumores sincrónicos del tipo GIST asociado a adenocarcinoma de colon, no está definida por el recién advenimiento de los métodos diagnósticos de los tumores estromales, por lo que a esta edad aumentan la incidencia de presentación de otros tumores asociados.

119

CÁNCER SINCRÓNICO DE COLON: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

René Pierdant Lozano. Servicio de Cirugía General. Hospital «Manuel Gea González», SSA, México, D.F.

Introducción: El cáncer de colon es el cáncer más común del tubo digestivo tiene una alta mortalidad. Sus principales factores de riesgo son genéticos y ambientales como la colitis ulcerosa y Crohn, los pólipos adenomatosos (adenomas tubular, veloso, y mixtos). El cáncer sincrónico de colon se define como otro cáncer presente al mismo tiempo que el cáncer índice. Una segunda lesión adenocarcinomatosa ha sido reportada con incidencia del 1 a 7%. Casi siempre se encuentran en distintos segmentos quirúrgicos que el tumor índice. El segundo tumor colónico sólo es palpable durante la operación en el 30% de los casos. El tratamiento de elección en el cáncer colónico sincrónico es la colectomía total, además de tratamiento complementario con radioterapia y quimioterapia según sea el caso. Su supervivencia a 5 años es de 90% con resección de enfermedad local, 65% con metástasis regional. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 43 años originaria del DF, soltera, maestra y católica. Padre finado por alcoholismo, madre hipertensa y con carga genética para obesidad. Obesidad mórbida desde la infancia, alérgica a la penicilina. Inicia su padecimiento 3 semanas previas a su ingreso con disminución del número de evacuaciones, posteriormente se agrega náusea y vómito de tipo gástrico el cual se volvió de tipo fecaloide, dolor tipo cólico en epigastrio sin irradiaciones, de intensidad 5/7, continuo y ausencia de canalización de gases. A la exploración física con signos vitales de FC: 94x', FR:22x', TA:130/80,T:36oC, IMC:42, mucosas en regular estado de hidratación, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis ausente, no megalias, dolor a la palpación profunda generalizada, sin datos de irritación peritoneal, tacto rectal con ampolla vacía, no masas, resto sin compromiso. Con diagnóstico de oclusión intestinal se da trata-

miento conservador al cual sin mejoría, y se decide realizar laparoscopia diagnóstica y por presencia de distensión de asas se decide conversión a laparotomía con evidencia de dos perforaciones en colon izquierdo una a 5 cm de 8 mm localizada en la unión rectosigmoides y sellada con apéndice epiploico, otra a 5 cm de la previa, sin evidencia de materia fecal, por lo que se realiza hemicolectomía izquierda con anastomosis de transverso sigmoides laterolateral, un postoperatorio con mejoría parcial hasta el cuarto día donde presenta dehiscencia de la herida quirúrgica con sepsis abdominal, por lo que requirió nueva lape con hallazgos de peritonitis fecal, perforación de colon en ángulo hepático y dehiscencia de anastomosis parcial realizándose colectomía total, lavado de cavidad, ileostomía y colocación de bolsa de Bogotá. Por gravedad la paciente pasó a terapia intensiva donde presentó choque séptico irreversible y fallece. Reporte histopatológico adenocarcinoma sincrónico moderadamente diferenciado. Tumor mayor de 3.8 x 2.4 cm ulcerado y perforado con infiltración hasta serosa en colon descendente. Tumor menor de 1.5 x 1.3 cm perforado y sellado, con infiltración hasta serosa en ángulo hepático. Pólipo hiperplásico de 0.2 cm. Bordes quirúrgicos libres de lesión. **Conclusiones:** El cáncer sincrónico de colon aunque no es común deben sospecharse en pacientes con cuadros de estenosis o perforaciones múltiples en colon aparentemente inexplicables, después de descartar cuadros clásicos y más comunes como enfermedad diverticular entre otros, este amerita de tratamiento radical y rápido de colectomía total, si se retrasa el diagnóstico puede tener consecuencias fatales.

120

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO PRESENTACIÓN PARA CUADRO DE CÁNCER DE COLON EN PACIENTE JOVEN

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

Introducción: En la década pasada, 100,000 adultos de edades que oscilan entre 20 y 44 años, se diagnosticaron con cáncer en Canadá, un cuarto de los mismos murió de cáncer. En aquéllos menores de 80 años, (98% de la población), el cáncer ha sobrepasado la enfermedad cardiovascular como principal causa de mortalidad. En el hombre el cáncer de pulmón, próstata, y colon constituyen el 51% de las muertes por cáncer. A pesar que el número total de adultos jóvenes que desarrollara cáncer es pequeño, y el pronóstico global para la mayoría es estable, la incidencia ha ido en aumento. En general, el pronóstico de los adultos jóvenes con cáncer es bueno, aún así el cáncer representa la principal causa de muerte entre las mujeres jóvenes y la tercera causa de muerte de los hombres jóvenes (después de muerte por accidente y suicidio). La incidencia de cáncer de colon (CA colon) exhibe una variabilidad geográfica importante, las naciones industrializadas tienen la más alta incidencia mientras los países sudamericanos y china tienen una incidencia baja, diferencia atribuida a diferencias en la dieta y otros factores ambientales. El CA de colon es responsable de 10% de la mortalidad por cáncer en EUA. La incidencia es levemente mayor en hombres que en mujeres. La incidencia de cáncer de colon aumenta rápidamente con la edad, iniciando a partir de los 50 años. Noventa por ciento ocurren luego de 50 años, y sólo 4% de los casos ocurren antes de los 40 años. La oclusión intestinal comprende el 15% de las admisiones hospitalarias por dolor abdominal, y constituye una causa importante de mortalidad comprendiendo 30,000 muertes por año. La obstrucción mecánica de intestino se clasifica en el intestino delgado, o grueso, dependiendo el nivel, la de intestino delgado es causada normalmente por lesiones benignas mientras la del intestino grueso es causada comúnmente por cáncer. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 20 años, quien acude al Servicio de Urgencias de este hospital por un cuadro de oclusión intestinal de 5 días de evolución, con deshidratación leve, náusea vómito de contenido biliar y distensión abdominal importante, antecedentes de importancia de consumo de cocaína, tabaquismo intenso y etilismo ocasional, así mismo una laparotomía exploradora por lesión por arma de fuego 5 años previos, desconociendo del todo en que consistió dicha cirugía por haber sido realizada en otra institución es clasificado como oclusión intestinal causada por bridas, y se le brinda tratamiento conservador, con sonda nasogástrica, y reposición hidroelectrolítica, durante el cual se realiza tomografía, que muestra dilatación importante de intestino delgado y colon sin datos patológicos, dicho tratamiento continua 2 semanas con cuadros de mejora parcial, hasta que se decide realizar laparotomía exploradora, en dicha intervención se encuentra una zona de estenosis en colon transverso, con dilatación del intestino proximal a este, se realiza hemicolectomía derecha, y anastomosis término-terminal en dos planos entre ileón y colon transverso, se envía muestra a patología, reportando adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon con márgenes libres neoplasia, el paciente presenta postquirúrgico favorable, tolerando dieta completa al tercer día, es dado de alta enviándolo al oncólogo para proporcionar tratamiento definitivo. **Conclusiones:** El Screening se define como la aplicación de pruebas diagnósticas a pacientes asintomáticos, con el propósito de dividirlos en dos grupos, uno de los cuales tiene la condición y se beneficiara de una intervención temprana. En el caso del CA colorrectal éste guarda un especial interés, pues existen estrategias aceptadas para la

prevención y posee condiciones que lo hacen biológicamente favorable. De éstas destacan el uso de estudio de sangre oculta en heces y sigmoidoscopia. En este caso se muestra la importancia de no descartar la neoplasia como diagnóstico en un paciente joven, así mismo nos impulsa a investigar nuevas maniobras de prevención del CA colorrectal.

121

ADENOCARCINOMA DE COLON EN EDAD TEMPRANA: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

René Pierdant Lozano, Torres RF, Gil CA, Robles AJA, Servicio de Cirugía General. Hospital «Manuel Gea González», SSA, México, D.F.

Introducción: El cáncer de colon es frecuente en países industrializados, el 90% ocurre en personas mayores de 50 años, y sólo 4% en menores de 40 años. Los principales factores de riesgo son ambientales y genéticos. De éstos últimos la poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Gardner, síndrome de Lynch, Peutz-Jeghers, poliposis juvenil, poliposis hiperplásica, representan 3-4% de todos los cánceres de colon. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 23 años de edad, originario y residente del DF, desempleado, escolaridad preparatoria incompleta, religión católica, soltero. Antecedentes personales positivos para madre con cáncer de mama y de colon diagnosticado a los 54 años; padre hipertenso, 2 tíos finados por complicaciones de DM2. Apendicectomía a los 10 años, cirugía ocular por estrabismo en ojo izquierdo a los 3 años; diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo tratado con clonazepam y paroxetina desde el 2005. Inicia su padecimiento dos meses previos a su ingreso con dolor abdominal en hemiabdomen izquierdo, principalmente en fossa iliaca, tipo cólico, que aumenta de intensidad en decúbito dorsal, intensidad 8/10; asociado a astenia, adinamia, malestar general, sensación de falta de aire y pérdida de peso no especificada. A la exploración física signos vitales con TA 90/60, FC 80, FR 20, Temp 36 °C. Paciente somnoliento, con fascies caquéticas, regular estado de hidratación, palidez de tegumentos, sonda nasogástrica con gasto gastrointestinal. Cardiopulmonar sin compromiso. Abdomen plano, con hiperestesia e hiperbaralgésia en hemiabdomen izquierdo, doloroso a la palpación superficial y profunda en fossa iliaca izquierda e hipocondrio izquierdo, rebote positivo, peristalsis disminuida. Bazo por debajo del reborde costal. Extremidades sin alteraciones. Laboratorios de ingreso: Leucos 24.1, Neutros 92.7, Hs 13, Hto 39.8, Plaq 317, Gluc 88, BUN 12.5, Creat 0.65, K 3.4, Cl 107, BT 1.03, BD 0.24, BI 0.79, ALT 20, AST 16, DHL 157, FA 89, CK 26, Amilasa 49, GGT 40, lipasa 18, Calcio 8.7, TTP 36.7, TP 11.5, INR 1. Se decide laparotomía exploradora encontrando tumor en ángulo esplénico de colon de 10 x 5 cm, adherido a bazo, hilio esplénico, mesenterio, retroperitoneo, escaso líquido purulento en cavidad. Se toman biopsias y se realiza colostomía de transverso. Se solicitan marcadores tumorales reportando ACE = 2.7, AFP = 2.4, Ca 125 = 112, Ca 15-3 = 7.7, Ca 19-9 = 34. La evolución postoperatoria fue adecuada, abdomen sin datos de irritación peritoneal. Se obtiene resultado de patología con reporte de adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado, por lo que se interconsulta a oncocirugía y se programa nueva laparotomía realizando hemicolectomía izquierda, esplenectomía, pancreatectomía distal y remoción de estoma. Sin encontrar metástasis a hígado o estómago. Paciente con buena evolución, inicia vía oral con adecuada tolerancia. Abdomen sin datos de irritación peritoneal, colostomía funcional. Se decide su alta por mejoría para seguimiento a través de la consulta externa de cirugía oncológica. **Conclusiones:** Los síndromes de cáncer de colon hereditarios aunque no son comunes deben sospecharse en todo paciente joven con diagnóstico de cáncer de colon y con antecedentes familiares relacionados; el diagnóstico se hace con estudios genéticos, y el tratamiento es quirúrgico con vigilancia anual de por vida.

122

CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE DE LA REGIÓN ANOPERIANAL PRESENTACIÓN DE 4 CASOS CLÍNICOS

Juan Carlos Castellanos Juárez. Servicio de Colon y Recto, Hospital Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, SSA, Veracruz, Veracruz

Reporte del caso: Se reportaron 4 casos clínicos de pacientes con diagnóstico de condiloma acuminado gigante de la región anoperianal que se trataron los 4 mediante escisión quirúrgica extensa más realización de colgajo cutáneo en V-Y de los 4 casos 3 eran del sexo masculino y 1 del sexo femenino 2 de ellos eran positivos para infección por virus de inmunodeficiencia humana y los otros 3 casos recibían tratamiento crónico a base de corticosteroides para patologías de base reumatológicas tipo lupus eritematoso, de los 4 casos presentados 3 tuvieron una evolución satisfactoria y 1 caso presentó dehiscencia de los colgajos cutáneos que ameritó realización de colocación de injerto cutáneo cribado con buena evolución posterior los 4 casos ninguno presentó recidiva local de la enfermedad.

Conclusiones: Existen varias opciones de tratamiento de los condilomas de la región anoperianal que van desde resección quirúrgica hasta aplicación de medicamentos tópicos nosotros concluimos que la resección quirúrgica extensa de los condilomas más aplicación de colgajos cutáneos y

conservación de los mecanismos de continencia de nuestros pacientes es una opción viable para el manejo de esta problemática además que lleva a una mejor calidad de vida debido a este último aspecto aunque la patología de base en muchas ocasiones lleve a la muerte de estos pacientes.

123

LIPOMA DE COLON

Paulino Martínez Hernández Magro, Iriarte GG, Báez GJ, Tinajero RLG, Iñiguez LLS. Servicio de Cirugía. Hospital Guadalupano de Celaya, Celaya, Guanajuato

Introducción: Los lipomas son después de los pólipos adenomatosos los segundos tumores benignos más comunes del colon y el más común intramural, sin embargo siguen siendo una entidad rara. Se reporta una incidencia del 0.2%. Los lipomas son tumores de grasa, bien diferenciados, que se originan de depósitos de tejido conectivo en la pared intestinal, aproximadamente el 90% son submucosos y el 10% subserosos. El lipoma de tipo submucoso se encuentra cubierto de mucosa y su crecimiento es hacia la luz intestinal, la mucosa cubriendo el tumor puede volverse atrófica, ulcerada y necrótica. El lipoma subseroso se origina de los apéndices epiteliales y su crecimiento es hacia la cavidad peritoneal. Se presentan en pacientes entre 50 y 70 años y si crecen más de 2 cm, comienzan a ocasionar síntomas como diarrea, estreñimiento, dolor abdominal. **Reporte del caso:** Femenino de 76 años de edad sin antecedentes de importancia que acude a consulta por presentar hemorragia digestiva baja y refiere estreñimiento de inicio reciente y dolor abdominal tipo cólico en cuadrantes izquierdos del abdomen. A la EF sin hallazgos de importancia, abdomen blando, depresible, no se palpan masas, se decide realizar colonoscopia encontrando a 30 cm del margen anal una masa que obstruye el 90% de la luz colónica, con bordes bien definidos, reportándose las biopsias como colitis inespecífica, se realiza TAC que demuestra masa en colon sigmoide, no se observan adenomegalias ni lesiones hepáticas. Se realiza laparotomía exploradora encontrando lesión de aproximadamente 14 cm de longitud de aspecto tubular, submucosa, de coloración amarilla. Se realiza resección segmentaria de sigmoides con buena evolución de la paciente. El RHP reportó lipoma de colon. **Conclusiones:** Los lipomas son tumores raros del colon, si son mayores a 2 cm pueden ocasionar síntomas, dependiendo del cuadro clínico el tratamiento puede ser quirúrgico con resección intestinal, o algunos permiten su resección a través del colonoscopio.

124

CORDOMA RETRORRECTAL

Paulino Martínez Hernández Magro, Báez GJ, Iriarte GG, Iñiguez LLS. Servicio de Cirugía. Hospital Guadalupano de Celaya, Celaya, Guanajuato

Introducción: Los tumores retrorrectales o presacros son poco frecuentes. La relativa rareza de estos tumores así como su inicio asintomático hacen difícil su diagnóstico y tratamiento. Los tumores retrorrectales son masas que se originan en el espacio retrorrectal y pueden tener múltiples orígenes. Se desconoce su incidencia en México y sólo existen reportes de caso. De acuerdo a su origen se dividen en congénitos, neurógenos, óseos y varios (abscesos, granulomas, leiomomas). El cordoma es un tumor que se origina de vestigios del notocorda primitivo. Estas lesiones inicialmente son asintomáticas y cuando se presentan síntomas son por compresión de órganos vecinos, generalmente presentándose como dorsalgia. En ausencia de contraindicaciones el tratamiento es quirúrgico y el abordaje dependerá de su localización y tamaño. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 62 años de edad el cual acude a consulta por referir dolor en región coccígea, asociada a estreñimiento reciente, refiriendo además pérdida ponderal de 6 kg en 2 meses, valorado inicialmente por ortopedista que encuentra quiste en dicha región y realiza punción sin obtener líquido. A la valoración se encuentra región perianal normal sin embargo al palpar región coccígea se encuentra efectivamente masa lobulada que se palpa a través de la piel, al realizar tacto rectal se encuentra masa en región retrorrectal que protruye hacia la luz, la mucosa aparentemente normal a la rectosigmoidoscopia. Se realiza colonoscopia sin encontrar lesiones intracolónicas, el ACE fue normal. Se solicita resonancia magnética que demuestra la lesión y que se encuentra por debajo de S3. Se decide abordaje por vía sagital posterior resecándose completamente la masa de 6 x 4 cm de diámetro sin complicaciones y con buena evolución del paciente. El RHP fue cordoma. **Conclusiones:** Los tumores retrorrectales son raros, pueden ser asintomáticos, el tratamiento es quirúrgico, cuando se encuentran por debajo de S3 pueden resecarse por vía sagital posterior o transacra, y cuando están por arriba son abordados por vía abdominal.

125

ABSCESO PULMONAR Y ESPLÉNICO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CÁNCER DE COLON

Ligia Itziar Del Ángel Suárez, Peña HF, Romero PR, Alarcón O, Brito TI, González J, Sánchez FP. Servicio de Gastrocirugía. Hospital CMN SXXI HE, IMSS, México, D.F.

Introducción: El cáncer de colon es una de las neoplasias más comunes en los países occidentales. De acuerdo con la base de datos la incidencia y mortalidad en el Instituto Nacional del Cáncer en los Estados Unidos es de aproximadamente 10.7%. El diagnóstico oportuno requiere de un alto grado de sospecha clínica y un adecuado estudio de imágenes. Hay formas de presentación que son poco comunes como los abscesos esplénicos y pulmonares. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 39 años de edad, originaria y residente del D.F., casada, católica, comerciante. Padecimiento de 1 año de evolución con dolor abdominal localizado en hipocondrio izquierdo, esporádico, cólico, sin predominio de horario, acudió a médico particular quien realiza una endoscopia sin hallazgos relevantes. El dolor se vuelve constante, con cuadros febriles repetitivos, acompañado de halitosis con diagnóstico de salmonelosis, con tratamiento sin mejoría. Reinicia 15 días posteriores con fiebre cuantificada en 38°, de predominio nocturno, acompañado de dolor en región lumbar izquierda, tos productiva amarillenta fétida, con pérdida de peso de 2.5 kg en 5 meses y constipación de 6 meses de evolución. Exploración física: consciente, hidratada, tórax con campos pulmonares con hipoventilación basal izquierda, ruidos cardíacos rítmicos. Abdomen blando, plano, con peristalsis disminuida, dolor a palpación media en flanco izquierdo, sin datos de irritación peritoneal. Extremidades con fuerza y reflejos normales. Laboratorio: leucocitos 38 mil, hemoglobina 12 mg, plaquetas 475 mil, neutrófilos 88 por ciento. Glucosa 180 creatinina 0.62. Radiografía de tórax con borramiento del ángulo costofrénico izquierdo, con opacidad basal izquierda. Radiografía simple de abdomen: desplazamiento de asas intestinales hacia cuadrante inferior izquierdo, sin niveles hidroaéreos. Tomografía toracoabdominal computada: imagen sugestiva de colección abscedada en base pulmonar izquierda, con nivel hidroaéreo en su interior, líquido libre intraabdominal, colección periesplénica que desplaza el bazo hacia la línea media, a nivel de ángulo esplénico del colon, con lesión que ocuye la luz del colon descendente. Colonoscopia: lesión tumoral estenosante, que obstruye aprox. el 80% de la luz. Se somete a laparotomía exploradora con hallazgos de: Tumor de ángulo esplénico de 8 cm, con invasión a bazo. Bazo abscedado, absceso subdiafragmático izquierdo, perforación colónica de 5 mm. Absceso pulmonar izquierdo, con cavidad en lóbulo inferior izquierdo. Reporte histopatológico de hemicolectomía izquierda: Adenocarcinoma mucinoso localizado en el ángulo esplénico, infiltrativo, de 7.5 cm de diámetro, con invasión a tejido adiposo pericolónico, perforado. Absceso pericolónico (zona de perforación). Bazo: Congestión sinusoidal y periesplenitis aguda, sin evidencia morfológica de metástasis. Biopsia pulmonar: absceso parenquimatoso, pleuritis. Sin neoplasia. Evolución: actualmente en tratamiento con quimioterapia. **Conclusiones:** Los abscesos esplénicos asociados a cáncer de colon son poco frecuentes, no se conoce su incidencia real en la población general. Estudios en autopsias muestran cifras de frecuencia que van entre 0.2 y 0.7%. La historia natural de esta enfermedad está asociada a una mortalidad que varía entre 47-100%, la que según algunas publicaciones disminuye con el tratamiento de 0 a 14%. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, dolor en el hipocondrio izquierdo, esplenomegalia y derrame pleural izquierdo. El estudio de los pacientes incluye exámenes generales, radiografía de tórax, ecografía abdominal y tomografía abdominal de abdomen. El tratamiento quirúrgico ha sido el tratamiento de elección porque generalmente permite eliminar el foco infeccioso que está perpetuando la sepsis.

126

CÁNCER SÍCRÓNICO RECTAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Oliver Albores Zúñiga. Servicio de Oncología Quirúrgica. Hospital Privado San José, Celaya, Guanajuato

Introducción: El cáncer de colon ocupa el segundo lugar en México en frecuencia de los cánceres del tubo digestivo, se presenta con mayor frecuencia entre los 60 a 70 años, asociado a la dieta occidental, rica en colesterol y pobre en fibra. Ya está bien demostrado que en el proceso de carcinogénesis las grasas saturadas juegan un papel importante. El cáncer colorrectal para su estudio se divide por sus características clínicas y genéticas en: 1) esporádico, 2) familiar, 3) hereditario (polipósico y no polipósico), 4) asociado a enfermedades inflamatorias. El cáncer de colon es 2.4 veces más frecuente que el cáncer de recto. En cuanto a la frecuencia según sitio afectado: 1) colon ascendente y ciego 25%, 2) Sigmoides 25%, 3) Recto 20%, 4) Rectosigmoides 10%, 5) colon transverso 15%, 6) colon descendente 5%. El cáncer sícrónico oscilar entre el 5 al 8% mientras que el metacrónico va de un 3 a 5%. Se presenta un caso de adenocarcinoma del sigmoides y otro del tercio inferior del recto en el mismo paciente. **Reporte del caso:** Mujer de 52 años sin antecedentes oncológicos y hereditarios de importancia, originaria y residente de Villagrán, Gto., no alcoholismo ni tabaquismo, ama de casa, escolaridad primaria, casada. Antecedentes Ginecoobstétricos:

cos: M:12°, G:7, P:7, FUM: hace 7 años, citología cervicovaginal hace 1 año negativa a malignidad. Histerectomía simple hace 2 años por miomatosis uterina. Padecimiento actual: 3 años de evolución, rectorrágia, dolor anal, sin mejoría a múltiples tratamientos, se agrega malestar general, síndrome anémico y pérdida de peso de más de 5 kg. en 3 meses. Ef: Consciente, tranquila, cuello sin adenopatías, tórax sin lesiones que comentar, abdomen globoso por panículo adiposo abundante, no visceromegalias, no ascitis. Al tacto vaginal no hay lesiones que comentar, cérvix central, sin lesiones, tacto rectal se palpa lesión polipoide a 5 cm del margen anal móvil, friable, con rectorrágia. Laboratorios: Hb. 7.5 g/dl, Plt 245,000, leucos 7,500, tp: 12.4 seg, ttp. 25 seg, inf. 1.0 min., gluc: 85 mg/dl, creat: 0.9 mg/dl, Urea 28 mg/dl, Tgo 28 mg/dl, tgp 33 mg/dl, fa 118 mg/dl, dhl 150 mg/dl, Bd 0.9 mg/dl, Bi 0.5 mg/dl. Colonoscopia: Tumor de 1 x 2 cm polipoide a 5 cm del margen anal, friable. Otra lesión ulcerada, de 7 cm, involucra toda la circunferencia del recto a 10 cm del margen anal, friable, con bordes sangrantes y fibrina en su centro. Biopsia: Adenocarcinoma bien diferenciado del tercio distal del recto que infiltra a la submucosa y adenocarcinoma moderadamente diferenciado del tercio superior del recto que infiltra hasta la muscular. Tele de tórax negativa a metástasis. Tac de abdomen y pelvis: tumor del tercio superior del recto con infiltración a la grasa perirrectal, resto sin datos de actividad tumoral. La paciente se somete a resección abdominoperineal por doble lesión primaria, con escisión mesorrectal y colostomía definitiva, sin complicaciones se egresa al 6 día. El reporte definitivo adenocarcinoma bien diferenciado del tercio distal del recto (T2) y adenocarcinoma moderadamente diferenciado del tercio superior del recto (T3) con metástasis en uno de 15 ganglios linfáticos. EC IIIB síncrónico. La paciente recibió tratamiento adyuvante con quimioradioterapia. **Conclusiones:** El cáncer sícrónico del recto es una entidad poco frecuente, que tiene que ser tratado de acuerdo a la etapa más avanzada que presente, el riesgo de recurrencia locoregional es mayor en comparación al que se presenta de manera aislada.

127

CÁNCER DE COLON Y RECTO: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES EN EL HOSPITAL CENTENARIO MIGUEL HIDALGO

Lizeth Eunice López Martínez, Flores AE, García GL, Jiménez FC, Ambriz AF. Servicio de Cirugía. Centenario Hospital Miguel Hidalgo, SSA, Aguascalientes, Aguascalientes

Introducción: El cáncer colorrectal, es la segunda causa de muerte por cáncer, en el mundo occidental, superado únicamente por el cáncer de pulmón. Comprende el 15% de todos los tumores malignos, lo que representa un problema sanitario de primera magnitud. Afecta por igual a ambos性, aunque la localización rectal es más frecuente en varones. A pesar de todos los estudios complementarios, el procedimiento más importante para el estudio de extensión es la cirugía, en la que se define después del estudio histopatológico de la pieza reseada y la exploración cuidadosa de la cavidad abdominal el estadio de la enfermedad. La sobrevida a 5 años es de 70% en estadios tempranos. **Objetivo:** Analizar la experiencia en el manejo de pacientes con cáncer de colon y recto atendidos en el Hospital Hidalgo. **Material y métodos:** Se trata de una serie de casos de tipo observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron 35 pacientes con diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma colorrectal en el periodo comprendido de enero de 2000 a octubre 2007. Atendidos en el Centenario Hospital Hidalgo. Las variables analizadas en el estudio fueron: edad, sexo, enfermedades concomitantes, síntomas, localización, método diagnóstico, grado histológico, clasificación TNM, tratamiento preoperatorio, tipo de cirugía, anastomosis primaria, bordes quirúrgicos, complicaciones, terapia adyuvante, sobrevida, recurrencia, tiempo de seguimiento y mortalidad. **Resultados:** No se observó diferencia en cuanto a la edad y sexo, el síntoma de presentación más frecuente fue el dolor abdominal, el tratamiento quirúrgico es la única opción terapéutica disponible. Se observó que la sobrevida global fue de 33 pacientes (94.28%, sobrevida libre de enfermedad de 16 pacientes (45.7%), mortalidad (2%). **Conclusiones:** La incidencia de cáncer colorrectal en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo es baja. Una gran cantidad de pacientes se presenta con un cuadro agudo y en fase avanzada. Debe mejorarse el protocolo preoperatorio de los pacientes. Debe disminuirse la frecuencia de resecciones incompletas en pacientes que se operen por cuadro agudo. La sobrevida es alta pero el seguimiento es incompleto.

128

ADENOCARCINOMA GÁSTRICO Y ADENOCARCINOMA DE COLON REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Daniel Valencia Mercado, Gómez DE, Arteche SA, Yeh GA. Servicio de Cirugía General. Hospital UMAE 189, IMSS, Veracruz, Veracruz

Introducción: El síndrome de Lynch es un síndrome asociado a familias con cáncer colorrectal hereditario no poliposo que presentan aso-

ciación de adenocarcinoma de ovario, gástrico y endometrio. Para poder diferenciar la presentación de dos cuadros clínicos diferentes se propusieron dos clases de Lynch I y II en el año de 1984, el síndrome de Lynch I suele aparecer en el colon proximal, es un sitio específico dentro de la familia afectada y es el único tipo de tumor que estos pacientes desarrollan. El síndrome Lynch II se caracteriza por el desarrollo de cáncer colorrectal, endometrial, gástrico, de vías urinarias altas, ovárico y de otros tipos. No hay marcadores fenotípicos para CCHNP, de modo que es necesario definir el síndrome clínicamente. La definición más ampliamente aceptada emplea el criterio de Ámsterdam, que requiere: 1) al menos tres consanguíneos con cáncer colorrectal comprobado histológicamente, uno de los cuales debe ser consanguíneo de primer grado del paciente, 2) afección cuando menos dos generaciones y 3) al menos un cáncer colorrectal diagnosticado antes de los 50 años. **Reporte del caso:** Femenino 73 años de edad quien tiene antecedentes de importancia de padre con adenocarcinoma colorrectal, dos hermanos con mismo diagnóstico. Se le diagnostica adenocarcinoma gástrico en enero de 2005 se le realiza gastrectomía tipo Billroth II con reporte histopatológico de adenocarcinoma tipo intestinal moderadamente diferenciado que infiltra la serosa y un conglomerado ganglionar peritumoral metástasis de carcinoma. Los límites quirúrgicos libre de lesión tumoral. Se le da tratamiento de teleterapia con cobalto 60 en total 20 sesiones con 40 campos totales. Terminada en septiembre del 2005. Como hallazgo durante una colecistectomía en enero del 2007 se le realiza sigmoidectomía con anastomosis término-terminal, y ooforectomía izquierda, reporte histopatológico y adenocarcinoma estenosante, infiltrante, ulcerado, tipo túbulo-glandular, invasor, afecta mucosa y hasta serosa y tejido adiposo. 3 ganglios con metástasis. Ovario con cistadenoma. Vesícula con piocolecisto. Se le realiza toma de biopsia en sitio de anastomosis gástrica-yejunal sin evidencia de tumor en abril de 2008. Al momento la paciente con buen estado general, sin manifestaciones de recidiva. ACE 1.7. **Conclusiones:** El cáncer colorrectal originado en pacientes con CCHNP se desarrolla tipo adenocarcinoma. A pesar de los datos de malignidad de los tumores ya descritos, las evidencias que sugieren malignidad en los pacientes con Ca colon, son indicativos de buen pronóstico en estos pacientes. Cerca del 20% de los pacientes desarrollará rumor sincrónico en el colon restante. Se recomienda que los pacientes con este síndrome se les realice colectomía subtotal.

129

RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL POR CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN EN CÁNCER DE TERCIO INFERIOR DE RECTO

Miguel Blas Franco. Servicio de Coloproctología. Hospital: HECMN «La Raza», IMSS, México, D.F.

Introducción: Con la evolución en las técnicas de laparoscopia, en 1991 se realizó la primera cirugía de colon y 3 años más tarde Larach y cols. reportaron la primera resección abdominoperineal en 1993. **Reporte del caso:** Tres pacientes con diagnóstico de cáncer de recto en el tercio inferior, con promedio de edad de 64 años, localizados en línea dentada. La principal manifestación clínica fue rectorragia, dolor rectal y perdida peso, tiempo de evolución en promedio de 2 a 5 años, sin evidencia de metástasis. Fueron sometidos a resección abdominoperineal por cirugía de mínima invasión, manteniendo los principios de resección oncológica, utilizamos tres trócares, dos de 10 mm y uno de 5 mm, con incisión en flanco izquierdo al momento de la colostomía, se inició la vía oral al tercer día y egreso hospitalario en el cuarto día, el número de ganglios linfáticos resecados fueron de 1, 7 y 11 y el estadio clínico fue IIa, IIb y IIIb, respectivamente, el seguimiento de 18 meses es sin evidencia de recidiva y con una adecuada calidad de vida. **Conclusiones:** Consideramos que aún cuando la decisión de realizar resección abdominoperineal por adenocarcinoma del tercio inferior de recto en nuestro medio ya es poco frecuente, cuando se deba realizar hay que contar con la alternativa de cirugía de mínima invasión.

130

HEMANGIOMA CAVERNOso ANorrectal. Reporte de un Caso

Adrián Miranda López, Enríquez MJ. Servicio de Cirugía Colorrectal. Hospital UMAE T-1, IMSS, México, D.F.

Introducción: En 1839 Phillips describió el primer caso de hemangioma colónico. Los hemangiomas de colon son congénitos y se desarrollan de tejido embrionario mesodérmico. Se clasifican en I. Capilar (simple) II. Mixto III. Cavernoso, que a su vez pueden ser A. múltiples flebectasias B. Polipoideo simple C. Expansivo difuso D. Expansivo difuso. Más de 200 casos se han documentado en la literatura hasta la fecha, más del 50% en el recto. La escisión completa con preservación de esfínteres constituye el tratamiento primario. Hasta 1971 aún se practicaba la resección abdominoperineal para estas lesiones. Desde entonces el grupo de St. Mark ha practicado la resección rectosigmoidea con preservación del piso

pélvico y el complejo esfintérico. Londono-Schimmer y cols. reportaron resultados satisfactorios en una serie de 15 pacientes usando esta técnica concluyendo que es el mejor método. Telander y cols. trataron exitosamente estas lesiones en cuatro niños con hemangiomas rectales y síndrome de Kleppel-Trenaunay. **Reporte del caso:** Paciente MGR, masculino de 24 años que acudió el día 03/02/08 al Servicio de Urgencias de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Bajío, IMSS por hemorragia de tubo digestivo bajo. Como antecedente de importancia hemorroidectomía hacia dos años. A su ingreso al Servicio de Urgencias con cuadro de un mes de evolución (02/01/08) caracterizado por rectorragia intermitente, sin alteraciones del hábito defecatorio, acompañado progresivamente de astenia, adinamia, palpitaciones y disnea. Los eventos de hemorragia exacerbados hacia tres días, sin remitir, acudiendo con datos de hemorragia grado III, iniciando apoyo con cristaloïdes y tres concentrados eritrocitarios. Fue valorado en medio privado al inicio de su padecimiento documentando por resonancia magnética y colonoscopia lesión compatible con hemangioma cavernoso en pared posterior de anorrecto, de aproximadamente 3 x 4 cm. Una vez hospitalizado el evento hemorrágico se autolimitó. Ya estable y previo protocolo preoperatorio fue intervenido quirúrgicamente el 06/02/08. Técnica: en posición de navaja sevillana, se abordó al espacio postanal superficial y profundo identificando la lesión. Se infiltró polidocanol al 3% con técnica de espuma en la lesión únicamente como coadyuvante a fin de disminuir la hemorragia transoperatoria. Se encontró compromiso del esfínter anal externo e interno en un tercio de su longitud, siendo necesaria la esfinterotomía. Se resecó completamente la lesión. Se reparó el esfínter con poliglicólico 1. Se empleó técnica cerrada, mucorrafia con poliglicólico 00. Reporte histopatológico de hemangioma cavernoso. Evolución postquirúrgica: estenosis anal a las 8 semanas del postquirúrgico, intervenido a las 10 semanas, empleando avance de colgajo rectal, con evolución postquirúrgica satisfactoria a la fecha. **Conclusiones:** El uso de esclerosantes como único tratamiento de los hemangiomas cavernosos colorrectales no han probado eficacia. Nuestra intención al combinar esta técnica con la quirúrgica fue disminuir el calibre de la lesión lo cual conseguimos, permitiendo su mejor manipulación y menor hemorragia transoperatoria. La estenosis anal la atribuimos al gran fragmento de mucosa rectal resecada en la pared posterior, que fue resuelta favorablemente con técnica de avance de colgajo rectal.

131

RESECCIÓN MULTIORGÁNICA EN CÁNCER DE COLON Y RECTO LOCALMENTE AVANZADO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

Alfonso Gabriel Calvillo Briones. Servicio de Coloproctología. Hospital General de México, SSA, México, D.F.

Introducción: El adenocarcinoma de colon y recto es una entidad curable en etapas tempranas pero agresiva localmente y a distancia. Es un hecho frecuente que a tumores con invasión a más de un órgano vecino (T4), se les considera irremediables y únicamente se les ofrecen medidas paliativas, con esperanza de vida muy corta a comparación de aquéllos a los que no se les demuestra enfermedad a distancia y son candidatos a resecciones multiorgánicas mejorando su sobrevida. **Objetivo:** Analizar los resultados de la resección multiorgánica con intención curativa en cáncer de colon y recto localmente avanzado. **Material y métodos:** Se incluyeron 18 pacientes portadores de cáncer de colon y recto localmente avanzado y sin enfermedad a distancia, en un periodo comprendido de 2004 a 2006, los cuales se encontraban en estadios IIB, IIIB y IIIC, con invasión a por lo menos un órgano vecino, en todos los casos se realizó los estudios de laboratorio y gabinete similar para cualquier paciente con cáncer de colon y recto, todos los pacientes recibieron terapia neo y adyuvante, la estadificación de los casos se realizó de acuerdo al TNM actual tanto clínico como patológico, el seguimiento de la muestra se realizó con el método Anderson. **Resultados:** Se trató de 15 mujeres 3 hombres con media de edad de 58 años, todos libres de enfermedad a distancia comprobada al momento del estudio y durante el transquirúrgico, se trató de 8 tumores de recto y 10 de colon, se realizó la resección del sitio de tumor primario en bloque con el órgano vecino involucrado, se logró resección R0 en la mayoría de los casos, todos fueron adenocarcinomas y se comprobó la invasión a órgano adyacente por patología, se resecaron una media de 12 a 20 ganglios por pieza, la morbilidad global fue de un 22.2% del total de la muestra, la mortalidad global se presentó en 5 pacientes. A 3 años de seguimiento se encuentran 11 pacientes vivos y libres de enfermedad tanto local como a distancia. **Conclusiones:** Está de manifiesto que aquellos pacientes con tumores T4 con invasión a órgano vecino son susceptibles de tratamiento únicamente paliativo a un cuando no demuestran enfermedad a distancia, esto conlleva a metástasis a distancia muy temprano en el curso de la enfermedad y arrojando resultados de sobrevida muy corta, si bien es cierto que con abordajes multiorgánicos la morbilidad de los pacientes aumenta cuando éstos son bien seleccionados, la sobrevida supera por mucho la esperada de aquellos que sólo se maneja con tratamientos paliativos.

COLITIS COLAGENOSA, UNA CAUSA RARA DE DIARREA CRÓNICA, CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Juan José Montes Álvarez, González CJ, De la Torre IR. Servicio de Cirugía General. Hospital General Rubén Leñero, SSA, GDF, Capulhuac, DF

Introducción: La diarrea crónica es una causa frecuente de consulta, además se trata de una enfermedad con una repercusión importante en la calidad de vida del paciente. Siendo la colitis colagenosa y colitis linfocítica dos entidades de una misma enfermedad que constituyen un grupo especial de diarreas crónicas secretoras en las cuales se aprecia una infiltración de linfocitos en el epitelio y la lamina propia de la mucosa intestinal. Aunque en nuestro país existen pocos reportes de esta enfermedad, se puede deber a que la búsqueda de la colitis colagenosa como diagnóstico diferencial de la diarrea crónica debe involucrar el empleo de distintos elementos tanto clínicos como de laboratorio y gabinete. Al estudio endoscópico la mucosa intestinal se encuentra de características normales en la mayoría de los casos, sólo pudiendo demostrar la enfermedad después de un estudio histopatológico y con esto descartando otras causas de diarrea crónica como la colitis infecciosa inespecífica, enfermedad de Crohn, amiloidosis, etc. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 73 años de edad la cual sólo cuenta con el antecedente de hipertensión arterial de 5 años de evolución en tratamiento, acude a nuestra unidad con el antecedente de presentar diarrea crónica de 3 años de evolución, ya con múltiples tratamientos y sólo con mejoría parcial de la sintomatología. Paciente que inicialmente es tratada en centro de salud como diarrea infecciosa, posteriormente al continuar con la sintomatología se maneja como probable enfermedad inflamatoria intestinal, diagnóstico de referencia. Al interrogatorio dirigido la paciente refiere iniciar su padecimiento actual aproximadamente 3 años antes, inicialmente con diarrea acuosa que duraba entre uno y dos días, con mejoría de la sintomatología sin tratamiento, posteriormente con el paso del tiempo la diarrea se exacerba presentando en promedio 10 evacuaciones por día, acude con facultativo quien maneja como diarrea infecciosa con antibióticos y antiespasmódicos, debido a que la paciente mejora de forma parcial continúa con dicho tratamiento de forma empírica hasta que empieza a notar pérdida de peso e incluso episodios de deshidratación leve. En la consulta inicial se decide solicitar estudios de laboratorio y gabinete encontrando una biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, coprocultivo, coproparasitoscópico, colon por enema y colonoscopia normales. En estudio endoscópico se realiza toma de biopsias en donde se reporta notable aumento del número de linfocitos migrando hacia el epitelio de superficie, además engrosamiento irregular de la membrana basal. **Conclusiones:** La colitis colagenosa es una entidad poco conocida, además prácticamente se desconoce su frecuencia en nuestro país, aunque en algunos trabajos han informado una incidencia anual de 1.1 por 100,000 habitantes, con una relación mujer: hombre de 4.75:1 y una presentación entre los 40 y 68 años. Debemos tomar en cuenta esta patología en el estudio de cualquier paciente adulto que presente un cuadro de diarrea acuosa, acompañado de perdida de peso y falta de respuesta al tratamiento. Es importante que se realice el reporte de esta enfermedad para que tengamos cifras confiables ya que probablemente la incidencia anual es más alta y similar a la reportada en otros países.

VARICES PERITONEALES Y RECTOSIGMOIDEAS EN EL SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY. REPORTE DE UN CASO

Alejandro Manrique López, García GJ, Medina MJ, Méndez PJ, Arizpe FD, Alonso RJ, Alonso RO, Ortiz RM. Servicio de Cirugía General. Hospital UMAE No. 25, IMSS, Monterrey, Nuevo León

Introducción: El síndrome de Klippel-Trenaunay (SKT), descrito en 1900 por los médicos franceses Maurice Klippel y Paul Trenaunay, es una anomalía congénita combinada capilar linfático-venosa asociada con hipertrofia ósea y de tejidos blandos de una extremidad o el tronco y venas varicosas y/o malformaciones venosas, frecuentemente con venas embrionológicas persistentes. La etiología es desconocida. La tríada clásica consiste en venas varicosas, hemangiomas cutáneos e hipertrofia ósea y de tejidos blandos, se puede diagnosticar con dos de las tres características descritas. Las anomalías del sistema venoso profundo incluyen duplicación, aplasia/atresia, hipoplasia, y dilataciones aneurismáticas de las venas afectadas. Puede haber compromiso visceral con afección abdominal incluyendo colon, hígado, bazo, yeyuno, riñones. Presentamos el caso de un paciente masculino de 40 años de edad con SKT con varices rectosigmoideas. **Reporte del caso:** Masculino de 40 años de edad que acude a consulta externa del Servicio de Cirugía Digestiva y endocrina de la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con hematoquinecia en estudio. Antecedentes: SKT de más de 20 años, safenectomía derecha previa, hipertensión arterial sistémica en tratamiento médico. Colonoscopia el 16 de marzo de 2007 recto de forma tubular, con distensibilidad disminuida por la presencia de cordones varicosos, prominentes, tortuosos, violáceos, que ocupan más del 50% de la luz rectal que se prolongan hasta los 25 cm del margen anal, con fenómeno de vérice sobre vérice, no sangrado en ese momento el colon descendente, transverso, ascendente y ciego normales. Persiste con sangrado transrectal. Rectoscopia el 29 de septiembre de 2007 restos hemáticos recientes con el resto de los hallazgos de las mismas características que en exámenes previos. Es sometido a LAPE el 04 de marzo de 2008. Abordaje por línea media. Hallazgos: vascularidad aumentada a nivel del peritoneo parietal, sigmoides y mesenterio varicosidades afectando los 2/3 distales del sigmoides y 2/3 de la totalidad del mesenterio, así mismo el recto hasta 10 cm por debajo de la reflexión peritoneal. Se realiza rectosigmoidectomía y colostomía terminal. Hubo sangrado transoperatorio de 4,000 ml aproximadamente. Debido a sangrado en capa fue necesario efectuar empaquetamiento de cavidad en sitio quirúrgico, ingresa a piso del servicio cursando con dolor leve en el área quirúrgica, sin más sintomatología. Se reinterviene el 07 de marzo de 2008. Hallazgos: edema de la mucosa de la colostomía. Se realiza desempaquetamiento, desmantelamiento de colostomía, colorrectoanastomosis término-terminal mecánica con grapadora circular, no hubo incidentes ni accidentes. A las 3 horas en el postoperatorio inmediato el paciente presenta disnea de inicio súbito, cayendo posteriormente en paro cardiorrespiratorio, se le realizan maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada sin obtenerse respuesta, no logrando revertir el paro cardíaco dando por hora de su fallecimiento las 01:30 h del 09 de marzo de 2008. Se solicita necropsia. Siendo la causa directa de muerte: choque cardiogénico. **Conclusiones:** Debido a las características fisiopatológicas y lo incierto de la etiología, el manejo en el SKT es generalmente de soporte a menos que se presenten síntomas severos. La hematoquezia y enterorragia son el tipo más común de sangrado en este síndrome. Cuando se vuelven persistentes son considerados indicación para cirugía. El SKT se ha asociado con episodios trombóticos en las extremidades, embolismo pulmonar recurrente, hipertensión pulmonar y muerte en algunos casos. También se ha descrito coagulopatía de consumo. La causa de muerte en el caso presentado fue secundaria a Infarto de miocardio, lo cual de acuerdo a la literatura revisada es un riesgo presente, por ello sólo los casos bien seleccionados deben ser sometidos a cirugía teniendo en cuenta factores como tiempo quirúrgico, hemorragia transoperatoria y profilaxias con anticoagulante.

PREPARACIÓN COLÓNICA INTRAOPERATORIA EN CIRUGÍA COLORECTAL DE EMERGENCIA

Ulises Rodrigo Palomares Chacón, Pérez NJV, Anaya PR, González IJJ, Ruvalcaba COG, Preciado AN, González RNC, Montanez SLG, Suástequi ZA, Cervantes GM, Orozco CLF. Servicio de Coloproctología. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La perforación de intestino grueso es una urgencia abdominal con una alta morbilidad y mortalidad. La contaminación peritoneal por bacterias en la peritonitis aguda puede desencadenar un shock séptico, y es precisamente el tratamiento quirúrgico el que intenta evitar que se lleve a esta situación mediante la actuación sobre el foco infeccioso. El tratamiento adecuado de la enfermedad urgente de colon izquierdo, sobre todo en casos de peritonitis, es controvertida. La intervención de Hartmann históricamente ganó popularidad en los años cincuenta frente al clásico tratamiento en tres tiempos, y hoy día es la técnica más ampliamente realizada, sin embargo, presenta unas desventajas evidentes: por un lado, requiere un nuevo ingreso para la reconstrucción del tránsito intestinal y, por otro, la morbimortalidad asociada a la segunda intervención no es despreciable, lo que provoca que en muchos casos no se lleve a cabo. **Reporte del caso:** Se reportan 3 casos (100%), 2 (66%) con tumor de sigmoides y uno (33%) de tercio superior de recto, 2 mujeres (66%) y un hombre (33%), de 54, 69 y 62 años de edad, 1 paciente (33%) asociado a DM II y AR, todos manejados con cirugía de urgencia por oclusión intestinal, se realizó lavado intestinal transoperatorio con un promedio de 10 l de solución fisiológica, con anastomosis primaria mecánica con técnica de doble engrapado. No hubo infecciones de herida quirúrgica ni dehiscencias de anastomosis, fueron egresados al 7º día de postoperatorio con adecuada tolerancia de la vía oral, el reporte histopatológico para todos fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con Etapa clínica IIB, IIIA y IIB respectivamente. **Conclusiones:** La posibilidad y seguridad de esta técnica en pacientes seleccionados incluso con peritonitis aguda ha sido comunicada en revisiones recientes pero, a pesar de ello, no hay estudios prospectivos de análisis de morbimortalidad asociada a este tratamiento en un tiempo. A pesar de ser una muestra pequeña consideramos que la cirugía de urgencia por obstrucción distal con lavado intestinal intraoperatorio y anastomosis intestinal en un tiempo es una opción viable y segura.

CÓMO DISMINUIR LAS FUGAS DE LAS ANASTOMOSIS DE COLON Y RECTO CON ÁCIDO POLÍGLICO (SEAMGUARD)

Guillermo Portillo Ramila, Franklin ME. Servicio de Advance Laparoscopic Surgery. Hospital Texas Endosurgery Institute, San Antonio, Texas

Introducción: De todas las complicaciones de la cirugía de colon, la más compleja y trágica es la fuga en la anastomosis, ésta se presenta a pesar de que la técnica halla sido realizado adecuadamente. En el colon izquierdo su frecuencia llega a ser de más del 50%, cuando el recto está incluido en la anastomosis. **Objetivo:** El propósito de este trabajo es presentar la experiencia con CBSG «SEAMGUARD» en Cirugía de colon izquierdo y resección anteriores bajas y ultra bajas. **Material y métodos:** Desde mayo de 2006 a diciembre del 2007 seguimos de forma prospectiva a todos los pacientes sometidos a cirugía de colon izquierdo y recto en donde se utilizaba el reforzamiento bio-absorbible tipo «SEAMGUARD» en la engrapadora circular. **Resultados:** Se incluyeron 42 hombres y 42 mujeres, la edad promedio fue de 51.5 años (18-70 años). Se comprobó enfermedad maligna en 25 pacientes (30%) y benigna en 59 (70%) Los procedimientos realizados incluyeron: sigmoidectomía en 61.5%, resección anterior baja en 31% y colectomía total en 7.5% de los pacientes. El tiempo quirúrgico promedio fue de 128 minutos con una perdida estimada de sangre de 103 ml. La estancia hospitalaria promedio fue de 6.5 días. No se presentó ninguna fuga o sangrado de la anastomosis. La morbilidad incluyó un paciente con absceso pélvico, que fue tratado médica. Con un seguimiento promedio de 6 meses no se ha presentado ninguna estenosis de la anastomosis. **Conclusiones:** El uso de CBSG «SEAMGUARD» para engrapadora circular, en el reforzamiento de las anastomosis de colon disminuye importantemente la incidencia de fugas y estenosis en las anastomosis de colon izquierdo y recto.

136

ENDOMETRIOSIS INTESTINAL SINCRÓNICA INFILTRANTE DE ÍLEON, COLON Y RECTO

Jorge Gabriel Andrade Bautista, López BMR, Ruiz SJ, Becerra LDM, Méndez MMA. Servicio de Cirugía. Hospital: HGZ/MF # 1, IMSS, Luis Potosí, San Luis Potosí

Introducción: El diagnóstico de endometriosis es frecuente entre mujeres jóvenes y sus principales manifestaciones son dolor pélvico, dismenorrea, esterilidad entre otras. Existe la posibilidad de afección a órganos adyacentes como colon o recto con las manifestaciones atribuidas a su localización. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenina de 35 años de edad sin otros antecedentes de importancia. Tratada por dismenorrea y en estudio por esterilidad a cargo de ginecología. Diagnóstico de endometriosis en hallazgo de cirugía en el año 2000 que requiere de salpingo-forectomía izquierda y apéndicectomía. Octubre 2001 requiere escisión de quiste de ovario derecho. En diciembre 2004 se realiza aspirado uterino por hemorragia uterina, con evolución tórpida y desarrolla absceso pélvico que requiere de laparotomía exploradora y drenaje y nuevo legrado uterino días después. Por obstrucción ureteral extrínseca y desarrollo de hidronefrosis izquierda con pérdida de función renal se realiza nefrectomía izquierda en febrero 2006. La paciente es enviada al Servicio de Cirugía por presentar dolor referido a sacro, y tenesmo rectal con estudio de colonoscopia que muestra lesión exofítica en recto-sigmaoides, y otra lesión estenosante en colon descendente que impide el paso del endoscopio. Se toman biopsias que resultan negativas a malignidad, con proceso inflamatorio inespecífico. Se realiza ultrasonido transvaginal en donde se aprecia quiste paratubárico derecho. Radiografía de tórax normal. TAC abdominopélvica con contraste oral e IV con riñón único derecho con dilatación pélvocalicial moderada y adecuada excreción de contraste. Hígado, páncreas, bazo normales. Masa localizada en rectosigmaoides que obstruye parcialmente la luz, sin crecimientos ganglionares. Quiste paratubárico derecho de aproximadamente 5 cm y crecimiento uterino. Es programada para cirugía electiva de colon. Se encuentran adherencias firmes de epíplón a pared, se localiza masa firme a la palpación dependiente de recto superior en unión con sigmaoides y otra en colon descendente con torción parcial del mismo. Además hallazgo de lesión indurada de similares características a las mencionadas en íleon terminal a 30 cm de la válvula ileocecal, no obstructiva. Se realiza hemicolecotomía izquierda con colorrecto anastomosis y resección intestinal con anastomosis terminal-terminal. Hacia cavidad pélvica con adherencias firmes hacia reflexión peritoneal anterior y posterior y entre útero y anexo derecho; quiste ovárico de aproximadamente 6 cm que se electrofulgura para su reabsorción por valoración conjunta con Ginecólogo. Cursa con evolución postoperatoria favorable y egresa a domicilio a los seis días. Reinicio tratamiento hormonal con acetato de leuprolide y seguimiento por ginecología. **Conclusiones:** La endometriosis es una patología común en mujeres en edad reproductiva y sus manifestaciones clínicas son diversas siendo las más frecuentes el dolor pélvico, dismenorrea y esterilidad por el proceso inflamatorio adherencial que ocasiona. Cuando es afectado el intestino, puede ocasionar obstrucción que requiera de cirugía para resear segmento afectado. En el caso de la paciente la manifestación no fue obstructiva a pesar del tamaño de las lesiones

encontradas sino dolor referido a sacro-coccis y tenesmo rectal. Con la cirugía realizada de hemicolecotomía izquierda y resección intestinal y anastomosis se logra el adecuado tránsito, más sin embargo el pronóstico es sombrío por la posibilidad de recurrencia del dolor pélvico y riesgo de mayor compresión ureteral del riñón único por la patología de fondo.

137

TÉCNICA DE WELLS LAPAROSCÓPICA CON TRES PUERTOS PARA EL TRATAMIENTO DE PROLAPSO RECTAL

Alejandra Jiménez González, Luna MJ, Mata QCJ, O'Farril AR, Cruz ZA, Alonso CAE, García AL, Rodríguez MAC. Servicio de Cirugía General. Hospital PEMEX, HCSAE, México, D.F.

Introducción: El prolapso rectal se define como la salida de alguna o todas las capas del recto a través del canal anal. Se clasifica en parcial o mucoso y completo o total, y se consideran de este último tres grados diferentes. Los síntomas principales son tumor que prolapsa, pujo, tenesmo, asociándose a estreñimiento en 25 a 50% y a incontinencia en el 75% de los casos. En la actualidad el tratamiento del prolapso total es quirúrgico y existen diversos procedimientos. Se recomienda un abordaje abdominal en la mayoría de los pacientes, excepto en aquéllos cuyas condiciones generales no lo permitan, en quienes se prefiere un abordaje perineal. El procedimiento más frecuentemente utilizado es la rectopexia, que puede ser con o sin sigmoidectomía dependiendo de los síntomas predominantes. La rectopexia tipo Wells laparoscópica es una buena alternativa de tratamiento ya que tiene todas las ventajas de la cirugía laparoscópica. **Objetivo:** Describir la técnica quirúrgica de Wells por vía laparoscópica con tres puertos. Describir los resultados obtenidos con esta técnica. **Material y métodos:** El cirujano se ubica junto con el segundo asistente a la derecha de la paciente, el primer asistente y la instrumentista a la izquierda de la misma, con el anestesiólogo en la cabecera y los monitores hacia los pies del paciente. Se introduce un trócar de 5 mm en el cuadrante inferior izquierdo y otro de 10 mm en el cuadrante inferior derecho. Se inicia la disección en el lado derecho del recto en la pelvis verdadera. Se corta la reflexión peritoneal entrando en el plano avascular en el espacio presacro, a través de la fascia de Waldeyer, visualizando adecuadamente las estructuras vasculares y el uretero y se realiza en mismo procedimiento del lado izquierdo, posteriormente se inicia la disección del espacio presacro por encima de la fascia presacra para disecar el recto posterior para luego colocar una malla de gorotex de 10 x 5 cm, la cual se despliega sobre el sacro, se fija la malla a la cara anterolateral del recto con tres puntos separados de etibón del lado derecho e izquierdo. **Resultados:** Se ha realizado esta técnica quirúrgica en tres pacientes 2 femeninos con grado de incontinencia fecal 2 y 3 según Browning y Parks y 1 masculino con grado de incontinencia fecal 3, el tiempo quirúrgico promedio fue de 40 minutos, con sangrado mínimo < 20 cc, la estancia intrahospitalaria de 2 días, dos de los pacientes presentan mejoría al 100% de la incontinencia con un seguimiento a dos años, un paciente presenta incontinencia grado I, con protrusión leve de la mucosa que no interfiere en su vida diaria. **Conclusiones:** Los resultados reportados en diferentes estudios realizados utilizando la técnica de rectopexia con malla de forma laparoscópica han demostrado mejoría del estreñimiento en el 64% y corrección de la incontinencia fecal en el 74%, con una recurrencia reportada del 0 al 12%, nuestros pacientes se han comportado de forma similar por lo que consideramos que la técnica de Wells podría considerarse en el tratamiento de prolapso rectal con predominio de la sintomatología de incontinencia rectal.

138

ANGIODISPLASIA DE COLON

Ernesto Bautista Vera, Romero YA, Sánchez BMA, Tejeda UD, Cisneros F. Servicio de Cirugía General. HGZ No. 30 IMSS, México, D.F.

Introducción: La primera descripción de una anormalidad vascular causante de sangrado de tubo digestivo grueso fue Phillips en la Gaceta Médica de Londres en 1839. Galdabani en 1974, fue el primero en usar el término de angiodisplasia. La prevalencia de la angiodisplasia es del 0.8% en pacientes saludables mayores de 50 años. La incidencia de sangrado de tubo digestivo en pacientes con angiodisplasia es menor al 10%. La presentación habitualmente es hemorragia crónica o recurrente, el cual ocurre en 22%. La inestabilidad hemorrágica se presenta cuando hay hemorragia masiva (15% de casos). La hemicolecotomía derecha es el procedimiento de elección en pacientes con hemorragia masiva. **Reporte del caso:** Femenino de 55 años quien cuenta con los antecedentes de importancia. AHF. Padre fallece por Ca retroperitoneal. Madre fallece por complicaciones secundarias a DMT2. APP. Alérgicos, quirúrgicos, traumáticos, transfusionales, tabaquismo y alcoholismo interrogados y negados. PA. Inicia su padecimiento 7 días previos a su ingreso con presencia de malestar general, palpitaciones las cuales se exacerbaban con la actividad física y disminuían con el reposo, sensación

de opresión torácica sin irradiaciones de leve intensidad. Valorada por Cardiología diagnosticándose pericarditis/ hipertensión arterial reactiva iniciándose tx con ácido acetilsalicílico 500 mg vo c/24 h: clortalidona 50 mg vo, espironolactona 25 mg VO. Posterior a la ingesta de los medicamentos mencionados presenta dolor tipo cólico localizado hacia flanco izquierdo, además de rectorragia en 5 ocasiones. Durante su 2do día de estancia presenta datos de bajo gasto con hipotensión arterial, taquicardia, lipotimia, palidez de tegumentos presentando un descenso importante en sus niveles de hemoglobina de 15.4 mg/dl, Hto 45.4, VCM 78.5, HCM 26.7, plaquetas 2543 mil a su ingreso y un día después presenta Hb 8.42 mg/dl, Hto 42.3, VCM 80.5, HCM 28. Se realiza colonoscopia encontrando en colon ascendente angiodisplasia de forma estrellada con sangrado activo en capa realizándose aplicación de formalina con lo que cede parcialmente el sangrado. Ante la persistencia de choque hipovolémico, rectorragia, hipotensión arterial, taquicardia, se somete a tratamiento quirúrgico realizándose una hemicolectomía derecha con entero-enteroanastomosis terminolateral. El estudio histopatológico reportó zonas denudadas de las estructuras regionales y sustituida por estructuras vasculares dilatadas e intensamente congestiva que sobresale a nivel del resto de mucosa intestinal. Además hay vasocongestión submucosa de los plexos venosos de manera difusa y generalizada. Descripción compatible con angiodisplasia de colon. Se inicia la vía oral en el 5to día postoperatorio, tolerándose de manera adecuada y con evacuaciones normales. Actualmente a 2 meses de su postoperatorio no ha presentado hemorragia de tubo digestivo. **Conclusiones:** Las opciones terapéuticas es la hemicolectomía derecha en particular cuando hay hemorragia masiva. Otras opciones terapéuticas incluyen embolización arterial, infusión de vasopresina, tratamiento endoscópico con sustancias esclerosantes o con electrocoagulación. En el caso presente la paciente recibió tratamiento endoscópico diagnóstico terapéutico con aplicación de formalina, sin embargo; al no lograrse el control de la hemorragia se realizó una hemicolectomía derecha mediante cirugía abierta. El reporte histopatológico confirmó el diagnóstico de la colonoscopia.

139

MEGACOLON SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN POR FITOBEZOAR. REPORTE DE UN CASO

Claudia Edelmira Mancilla Flores, Xochipostequi MC, Miramontes AC, Gómez EM, Olivares BD, Cuadras VO, Hernández DERC, Hernández MN. Servicio de Cirugía General. Hospital Juárez de México SSA, México, D.F.

Introducción: Se habla de megacolon cuando en una radiografía simple de abdomen, el diámetro del colon sigmaoides o el diámetro del colon descendente es mayor de 6.5 cm, o el diámetro del colon ascendente es mayor de 8 cm y/o el del ciego es superior a los 12 cm. Se distinguen dos variantes: congénito o enfermedad de Hirschprung, y adquirido, asociado este último a diversas entidades clínicas. **Reporte del caso:** Masculino de 54 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar cuadro de 5 días de evolución caracterizado por dolor y distensión abdominal. Cuenta con los siguientes antecedentes: retraso psicomotriz secundario a hipoxia neonatal, apendicectomía a los 16 años de edad, laparotomía exploradora en 1998 sin conocimiento de hallazgos transquirúrgicos y hace 2 años laparotomía exploradora con resección intestinal y enteroenteroanastomosis secundario a obstrucción intestinal. Inicia su padecimiento actual 3 días previos a su ingreso con incapacidad para evacuar y canalizar gases por recto, náusea y vómito de contenido gastroalimentario 24 horas previas a su ingreso, y 12 horas previas se agrega dolor abdominal difuso, intenso e intermitente acompañado de distensión abdominal. A la exploración física masculino de edad aparente igual a la cronológica, consciente y orientado, poco cooperador, con datos de retraso psicomotriz. Con desnutrición grado II. Cardiopulmonar sin compromiso. Presencia de taquipnea. Hemodinámicamente inestable con taquicardia e hipotensión. Abdomen globoso a expensas de distensión importante, con resistencia muscular voluntaria, doloroso a la palpación profunda generalizado, rebote presente, ruidos peristálticos ausentes, timpanismo generalizado. Tacto rectal: doloroso a la movilización, con escasa materia fecal de consistencia semiliquida, guante explorador presencia de heces café claro. Resto de la exploración sin alteraciones aparentes. A su ingreso se realizan paraclinicos los cuales reportan leucocitos en rangos normales (7.38 x 10e3/ul), neutrofilia (80%) e hipokalemia (2.9 mEq/dl), resto sin alteraciones. Rx de abdomen simple pie y decúbito: dilatación importante de colon ascendente, transverso, descendente y sigmaoides con imágenes radioopacas en su interior, semicirculares, múltiples de 2 a 3 mm de diámetro. Se decide su ingreso para manejo quirúrgico de abdomen agudo secundario a obstrucción intestinal baja complicada con los siguientes hallazgos: colon ascendente, transverso, descendente y sigmaoides dilatado con 50 cm de diámetro en colon transverso, en colon descendente perforación de 0.5 mm con salida de su contenido (semillas, piedras y hojas). Se realiza colectomía total con ileostomía y cierre distal en Hartman. Observado intensa estenosis a nivel rectal. Cursa

con postoperatorio tórpido presentando choque séptico secundario a sepsis abdominal, falleciendo a las 72 h de su intervención. Resultado de biopsia: megacolon secundario a obstrucción luminal por múltiples restos alimentarios vegetales, con úlceras y perforaciones múltiples con peritonitis fibrinopurulenta asociada. **Conclusiones:** El megacolon es una complicación dramática de un conjunto de enfermedades de diferente etiología: inflamatorias (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa), congénitas (enfermedad De Hirschprung), infecciosas (amebiasis, enfermedad de Chagas, Yersinia enterocolítica, tuberculosis, actinomicosis), vascular (colitis isquémica), metabólicas (pseudoobstrucción de colon o síndrome de Ogilvie) o idiopática. El megacolon adquirido puede presentarse en el contexto de un gran número de procesos aunque en algunas situaciones no se pueden demostrar los factores causales, se habla entonces de megacolon adquirido idiopático, agudo (síndrome de Ogilvie) o crónico. Para poder hablar del carácter adquirido de la dilatación colónica es necesario demostrar que no existen anomalías congénitas y que el cuadro no aparece desde el nacimiento.

140

EL DIFÍCIL MANEJO EN AMEBOMAS MÚLTIPLES PERFORADOS: REPORTE DE UN CASO

Alberto Campos Rivera, Ortiz CG, Mendoza SA. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Saltillo, UADEC, Lerdo, Durango

Introducción: La amebiasis es una enfermedad causada por *E. histolytica*; este parásito vive y se desarrolla en el intestino grueso del hombre y sólo se vuelve dañino cuando penetra hacia los tejidos del colon. A tal proceso patológico, se le conoce como amebiasis invasiva. La amebiasis invasiva involucra principalmente al intestino y al hígado. Las formas clínicas de la amebiasis invasiva se han clasificado en: retrocolitis ulcerativa, ameboma, tifloappendicitis y colitis fulminante. **Reporte del caso:** En agosto del 2007, un paciente masculino de 33 años de edad ingresa a nuestro hospital con el diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento 3 semanas atrás, con dolor leve en hipocondrio derecho, con aumento progresivo de intensidad e instalación posterior en hemiabdomen inferior izquierdo, aunándose vómito glerobiliar frecuente, por lo que decide acudir a recibir atención médica. A su ingreso se encontraba taquicárdico, con hipertermia de 39 °C, abdomen doloroso con resistencia muscular involuntaria y ausencia de peristalsis. Las radiografías simples de abdomen revelaban cuadro de oclusión. Se decide intervención quirúrgica por LAPE con el diagnóstico de abdomen agudo, probable apendicitis complicada. Los hallazgos transoperatorios: múltiples adherencias, perforación en tercio externo de colon transverso sobre cara anterior, de 5 cm de diámetro, con líquido fétido, purulento, por lo que se decide hemicolectomía derecha, con instalación de fistula mucosa de transverso e ileostomía. Se instaura manejo postoperatorio con ayuno, y antibioterapia. Al cuarto día del postquirúrgico presenta cambios de coloración en herida así como secreción purulenta, decidiéndose retiro de puntos, se obtiene material purulento y fétido el cual se analiza, reportándose: glucosa de 22 mg/dl, proteínas 1.1, DHL 6,085, PCR negativa. Posteriormente el resultado de patología reporta: múltiples perforaciones rodeadas de material necrótico, identificando múltiples nódulos de distribución irregular de hasta 6 cm de diámetro, la impresión diagnóstica: Amebomas múltiples. Con evolución clínica favorable se maneja como externo al día 18 de postoperatorio, con la herida limpia y cerrada e ileostomía funcional. Ingresa 3 meses después para el cierre de ileostomía. Se realiza colonoscopia como parte de protocolo prequirúrgico la cual reporta: colitis inespecífica con pólipos de aspecto inflamatorio. Se realiza la intervención quirúrgica sin complicaciones y se egresa al sexto día de postoperatorio con evolución favorable. Al quinto día de egresado el paciente reingresa al servicio con el diagnóstico de herida quirúrgica infectada con salida de líquido de características intestinales, se inicia el ayuno y se valora para tratamiento quirúrgico por haber desarrollado fistula enterocutánea, la cual se realiza al cuarto día de estancia intrahospitalaria, llevándose a cabo cierre primario de dehiscencia de anastomosis término-terminal de colon e íleon, dejando la herida en piel abierta, con manejo postoperatorio con ayuno y alimentación periférica. Se inicia la vía oral al sexto día de postoperatorio. Durante su estancia desarrolla fistula de bajo grado, la cual se trata mediante manejo conservador, mostrando evolución favorable se decide su egreso al día número 16 de estancia intrahospitalaria para manejo y vigilancia ambulatorios. A la fecha nuestro paciente continúa con evolución favorable. **Conclusiones:** Los patrones de comportamiento de la amebiasis continúan siendo impredecibles a causa de múltiples factores en la relación parásito-hospedador. Resulta imperativo considerar esta etiología dentro de los diagnósticos diferenciales de pacientes con afecciones intestinales o hepáticas, incluso en áreas no endémicas. El diagnóstico temprano se mantiene como la piedra angular para un tratamiento exitoso. Por lo anterior nuestra mención sobre lo difícil que resulta el manejo de la enfermedad, su tratamiento y complicaciones, todo ello a consecuencia del entorno de la población en general.

141

CIRUGÍA DE MÍNIMA INVASIÓN APLICADA A ENFERMEDADES COLORRECTALES, EXPERIENCIA EN TRES AÑOS EN LA UMAE DR. ANTONIO FRAGA MOURET DEL IMSS

Miguel Blas Franco, Rodríguez RF, Cuevas MF, Solís CF, Rangel PJ, García TN, Almeraya OJ, Reyes EC. Servicio de Coloproctología. Hospital Especialidades CMN «La Raza» IMSS, México, D.F.

Introducción: Jacobs y cols. en 1991 realizan la primera resección de colon por vía laparoscópica. Estudios multicéntricos como Cost, Classic y Color demuestran que no existen diferencias en los resultados de ambos grupos quirúrgicos; con técnica abierta vs laparoscópica. **Objetivo:** Reportar los procedimientos realizados en nuestro hospital por cirugía de mínima invasión en enfermedades colorrectales. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, prospectivo, transversal, de abril de 2005 a abril de 2008, realizamos 96 cirugías por mínima invasión 59 mujeres, 37 hombres, edad promedio 47 años, 66 pacientes con patología maligna y 30 con patología benigna, 23 pacientes relacionados a cáncer cervicouterino, 43 pacientes con cáncer colorrectal, realizamos 23 procedimientos derivativos, 3 resecciones abdominoperineales, 3 proctocolectomías restauradoras con bolsa en j, 8 resecciones anteriores bajas, 6 polipectomías asistidas por laparoscopia, dos colectomías totales, 4 hemicolectomías derechas, 5 hemicolectomías izquierdas, 5 sigmoidectomías con rectopexia, una restitución del tránsito intestinal, 8 laparoscopias diagnósticas, 4 colonoscopias asistidas por laparoscopia. **Resultados:** El tiempo quirúrgico promedio de 130 minutos, el sangrado promedio de 180 ml, mortalidad cero, morbilidad en 4 pacientes (4.1%), una fuga de anastomosis ileotranverso, un absceso paraestomal, una hernia paraestomal y una infección de herida quirúrgica. En estadio clínico más frecuente en cáncer colorrectal fue el IIB con 13 pacientes, los ganglios linfáticos resecados en patología maligna fue de 1 a 63 con promedio de 16. **Conclusiones:** Hasta el momento los resultados son factibles y reproducibles, en los últimos 21 procedimientos la conversión a cirugía abierta es de cero, sin embargo, debemos de continuar con esta técnica alternativa y superar la curva de aprendizaje, así como realizar una selección acuciosa de los pacientes para continuar con el bienestar de la humanidad.

142

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL

Moisés Freddy Rojas Illanes. Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital Especialidades CMNSXXI IMSS, México, D.F.

Introducción: Desde que Jacobs en 1991 reportó la primera colectomía laparoscópica, el interés sobre este tipo de abordaje quirúrgico para el tratamiento para las enfermedades del colon y del recto se ha incrementado de tal manera que se ha convertido en la actualidad en la alternativa de elección. Desafortunadamente la curva de aprendizaje es alta, incluso para los cirujanos colorrectales con amplia experiencia en el abordaje tradicional. En la literatura internacional se han descrito ampliamente las ventajas de la cirugía laparoscópica sobre la cirugía abierta convencional haciendo mayor énfasis en la disminución del dolor, tiempo de estancia hospitalario, pronto regreso a la actividad laboral y cosmética. **Objetivo:** Describir la experiencia inicial en cirugía laparoscópica colorrectal en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. **Material y métodos:** Mediante un análisis retrospectivo se revisaron todos los registros clínicos de los pacientes que fueron sometidos a cirugía por alguna patología colorrectal mediante la vía de abordaje laparoscópica de octubre del 2007 al mes de abril de 2008. Se obtuvieron datos estadísticos y demográficos. **Resultados:** Se realizaron 35 procedimientos laparoscópicos. Las indicaciones más frecuentes fueron: enfermedad diverticular, prolaps rectal completo y cáncer de colon y recto. Las cirugías más realizadas fueron: sigmoidectomía, hemicolectomía izquierda y resección anterior baja. El tiempo quirúrgico promedio fue de 230 minutos, el sangrado transoperatorio promedio fue de 190 ml, la morbilidad estuvo relacionada a la infección de la herida quirúrgica del sitio del trócar supraumbilical y corresponde al 25%, sólo se convirtió un caso. La mortalidad fue de cero. **Conclusiones:** Creemos que la cirugía laparoscópica es una forma segura y efectiva de abordar casi toda la patología de colon y recto. Debe ser llevada a cabo por cirujanos experimentados en cirugía abierta de colon y que hayan recibido un adecuado entrenamiento en técnicas laparoscópicas básicas y avanzadas.

143

POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

Israel Martínez Velasco. Servicio de Cirugía General. HECMR IMSS, México, D.F.

Introducción: La poliposis hereditaria familiar (PAF) es el prototipo de poliposis hereditaria, autosómico dominante que se diagnostica

cuando el paciente tiene más de 100 pólipos. La PAF incluye una gama de síndromes que incluyen síndrome de Gardner y Turcot, que se caracteriza por quistes de inclusión epidérmica, osteomas y pólipos de colon; pólipos de colon y tumores cerebrales respectivamente. El defecto genético que causa la PAF se encuentra en el cromosoma 5 cerca del locus q21, el gen se llama gen del APC. La PAF ocurre en el 1 a 800 a q en 29,000, la predominancia AD origina la expresión en el 50 % de la descendencia. Todas las personas afectadas desarrollaran cáncer de colon si no se tratan. **Reporte del caso:** Se trata de paciente del sexo femenino de 29 años de edad con el antecedente de madre diabética, hermana con tumoración sublingual de origen desconocido, hija con malformación anorrectal. Hace 1 año fue manejada en su HGZ por cuadro de anemia. Refiere cuadro clínico de 12 años de evolución caracterizado por sangrado transtectal escaso, rojo rutilante, hace un año ematoquezia, distensión abdominal, dolor abdominal tipo cólico, estreñimiento e incapacidad para iniciar la defecación. A la exploración física se encontró con neuroológico íntegro cardiopulmonar sin compromisos, abdomen sin visceromegalias, no datos de irritación peritoneal, al tacto rectal esfínter normotónico, haz puborrectal de buen tono y contractilidad, sin evidencia de sangrado, miembros sin alteraciones. Exámenes de laboratorio y gabinete: glucosa 93, creatinina .5, sodio 143, potasio 3.7, TGO 14, TGP14, hb 10, plaquetas 29,000, leucocitos 8,600, tp 30 seg, tp 13.4. Colonoscopia múltiples pólipos de diferente tamaño de 3.2 sésiles en número de más de 100. Endoscopia alta: se identifica pópilo de 2 mm sobre la curvatura mayor y otro de 3 mm sobre fondo gástrico, duodeno de características normales. **Reporte de histopatología:** displasia de alto grado en pólipos a 45 y a 95 cm del margen anal. Tomografía de abdomen y pelvis: reporta engrosamiento irregular de colon transverso con zonas circunscritas de la pared interna hacia la luz. Ultrasonido de hígado y vías biliares normal. Se realizó pronto colectomía laparoscópica, ileoproctoanastomosis con ileostomía de protección. El diagnóstico definitivo de patología fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon multicéntrico originado de pólipos adenomatosis 29, 49 y 61 cm de margen quirúrgico, que afecta hasta la muscular interna en pópilo localizado a 29 cm y lámina propia en pópilo a 49 y 61 cm. **Conclusiones:** Comentario: La poliposis adenomatosa familiar se transmite con carácter autosómico dominante y resulta de vital importancia un diagnóstico oportuno para el manejo radical que favorezca el manejo oportuno de los pacientes dado el potencial maligno.

144

PÓLIPO INTESTINAL COMO CAUSA DE OCLUSIÓN EN VÁLVULA ILEOCECAL

Luis León Hernández Trejo, Ortega LL, Hernández CD, Bravo AE. Servicio de Cirugía General. Hospital General de México OD SSA, México, D.F.

Introducción: Se denomina pópilo intestinal a todo tumor circunscrito que protruye desde la pared a la luz intestinal. Según la fijación a la pared intestinal pueden ser pediculados o sésiles, así como únicos o múltiples. Los pólipos intestinales son frecuentes sobre todo en colon y la oclusión intestinal parcial no es frecuente, por lo que presentamos este caso. **Reporte del caso:** Se trata de VCE, femenino de 22 años, la cual inicia su padecimiento en agosto de 2007, con dolor tipo cólico en fosa iliaca derecha con irradiación lumbar, de intensidad 2/10 hasta llegar a 6/10, con náuseas y vómitos de características gastrobiliares, además de distensión abdominal, con dificultad para canalizar adecuadamente; por lo que es tratada con analgésicos y antiespasmódicos, con mejoría clínica; presentando exacerbaciones de menor intensidad cada mes y siendo progresivo cada 15 días, con pérdida ponderal de 7 kg; refiere evacuaciones con estírias hemáticas 3 días previos a su ingreso, además de fiebre no corroborada; por lo que es referida a nuestro hospital con reporte de colonoscopia del 08 de diciembre del 2007 de tumoración polipoidea a nivel de ciego que ocupa toda la circunferencia; a su ingreso el 02 de enero de 2008, se toman estudios de laboratorio con reporte dentro de parámetros normales, por lo que se pasa a quirófano el 10 de enero de 2008, encontrando pópilo vellosos sésiles pediculados de consistencia media, de 5 x 4 x 2 cm, a 2 cm de válvula ileocecal, que causa oclusión parcial; por lo que se realiza hemicolecotomía derecha con ileo transverso anastomosis sin complicaciones; con reporte histopatológico de adenoma tubulovellosos. **Conclusiones:** Los pólipos intestinales, producen diferentes complicaciones como el sangrado, oclusión por invaginación y la malignización; sin embargo demostramos en este trabajo que también puede producir oclusión parcial por obstrucción mecánica.

145

MANEJO DEL PROLAPSO RECTAL RECIDIVANTE CON TÉCNICA DE ALTEMEIER

José Manuel Correa Rovelo, Moreno CJA, Mancera AJ. Servicio de Cirugía. Hospital Médica Sur, México, D.F.

Introducción: El prolusión rectal completo, se puede definir como el descenso circunferencial de todas las capas del mismo a través del año. Se observa frecuentemente en los extremos de la vida. En la población adulta tiene una incidencia mayor en las mujeres, con una relación hombre/mujer de 10-1, la incidencia más alta está entre la 6a y 7a décadas de la vida, representan un 80-90% de los pacientes. Actualmente se han descrito 4 factores etiológicos: 1. Anormalidades en el fondo de saco de Douglas, 2. laxitud y atonía de los músculos del piso pélvico y del canal anal, 3. debilidad del esfínter externo e interno a menudo con evidencia de neuropatía del nervio pudendo; 4. la falta de fijación normal del recto, con un mesorrecto móvil y una relajación del ligamento lateral. Las lesiones a nivel de la cauda equina en asociación con un desorden neurológico generalizado (desmielinización). Los síntomas son la presencia de una masa que sobresale de su espacio solamente al defecar, incomodidad, sensación de evacuación incompleta y tenesmo. En la etapa avanzada protruye con cualquier incremento ligero de la presión intraabdominal como toser o estornudar. El procedimiento de Altemeier fue descrito en 1952, se ha visto que reduce la constipación y mejora la incontinencia postoperatoria, esto mejora cuando se le agrega al procedimiento una plastía o plicatura de elevadores del año. Es una técnica quirúrgica que reporta rangos de mortalidad del 5% y un índice de recurrencia del 0 al 10%. Es segura, el dolor postoperatorio es mínimo, se puede iniciar la dieta en las primeras 12 a 24h. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 73 años de edad con padecimiento actual data de 3 años con sensación de masa a nivel rectal que protruye durante la evacuación. Fue intervenida por el mismo problema por vía abdominal 3 años previos a la reintervención, ignorando qué tipo de cirugía le realizaron. El prolusión era irreductible y sólo remitía con varias maniobras manuales. Presentaba incontinencia anal completa de 20 puntos según escala de Wexner. A la EF se encontró en el tracto rectal disminución del aparato esfínteriano, flacidez del anillo muscular y modesta contracción voluntaria. Al pujar protruye el recto a través del ano con longitud de 10 cm aproximadamente. Exámenes de laboratorio prequirúrgicos, así como valoración cardiovascular fueron normales. Tránsito intestinal con acometimiento y medialización en la longitud colónica. Se intervino el día 15 de mayo de 2006 realizando una rectosigmoidectomía perineal con anastomosis coloanal (Altemeier) y plastía posterior de los elevadores del año. Evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones. Actualmente cursa con incontinencia anal parcial con escala de Wexner de 10. Mejorando considerablemente después de un seguimiento de 2 años y sin evidencia del prolusión rectal. La técnica quirúrgica realizada consiste básicamente en: Incisión circunferencial inicial a todo el espesor de la pared rectal a 1.5-2 cm proximal a la línea dentada. Resección de vasos sigmoideos, exteriorización de la pieza. Plastía de elevadores del año. Resección colónica y anastomosis coloanal. **Conclusiones:** El prolusión rectal es una patología compleja que involucra no solamente el recto, sino también el piso pélvico, por lo tanto el tratamiento quirúrgico está encaminado a corregir el prolusión rectal, restaurar la continencia y prevenir la constipación. El procedimiento de Altemeier es una técnica quirúrgica vía perineal con una baja morbilidad y mortalidad para el tratamiento del prolusión rectal con un índice de recurrencia del 10%. Está indicado en pacientes de edad avanzada o con riesgo quirúrgico elevado, también puede ofrecerse como primera elección en pacientes jóvenes o en quienes como el caso de nuestra paciente hayan sido intervenidos por otra vía y con recidiva del mismo.

146

PROLUSIÓN RECTAL E INTUSUSCEPCIÓN MANEJO DE UN CASO

Eric Alberto Mares Sánchez, Gómez LG, Navarrete BJ, Magaña MF, Domínguez VM. Servicio de Cirugía General. HGR No. 72 IMSS, México, D.F.

Introducción: El prolusión rectal se define como la protrusión del recto a través del orificio anal; prolusión incompleto (parcial): prolusión de la mucosa únicamente. El prolusión completo (todas las capas) ocurre principalmente en los extremos de la vida. En niños habitualmente es un prolusión mucoso. El prolusión rectal completo del adulto inicia a partir de la quinta década de la vida, más comúnmente en el sexo femenino. Algunos antecedentes de importancia son trauma obstétrico o cirugía anorrectal previa, lesión de la columna y enfermedades psiquiátricas, mal estado nutricional y constipación crónica. Clínicamente hay sensación de masa que protruye, tenesmo rectal, dolor al evacuar, la exploración de la región perianal es suficiente para el diagnóstico, sin embargo los estudios completos para valorar esta patología son tacto rectal, valoración neurológica, defecografía y proctografía, USG transrectal, colon por enema, rectosigmoidoscopia o colonoscopia para descartar una neoplasia, manometría anal y electromiografía del nervio pudendo. El tratamiento de prolusión completo es siempre quirúrgico. Existen dos tipos de enfoque quirúrgico abdominal y perineal. El acceso perineal se consideraba con un alto índice de recidiva, pero menor morbilidad operatoria. Se han descrito una gran variedad de operaciones por ambos accesos; actualmente sólo algunas de ellas son utilizadas y se aceptan. El tipo de operación

está determinado principalmente por la experiencia y preferencia que el cirujano tenga con el procedimiento, así como las condiciones del paciente. Dentro de los procedimientos abdominales, la rectopexia con sutura (Frykman/Goldberg) es con la que se ha obtenido mejores resultados, de los procedimientos perianales el de elección es el procedimiento de Altemeier con baja morbilidad perioperatoria. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino 46 años de edad, el cual acude al Servicio de Urgencias con padecimiento actual de 12 h de evolución, caracterizado por presentar prolusión rectal completa (10 cm por fuera del margen anal) no reducible a maniobras, el paciente nos refiere sólo estreñimiento ningún otro antecedente de importancia para su padecimiento actual. Hb 15.1 g/dl, TP 13.1s, TPT 23s, INR 1.1. Se decide pasar a quirófano para intentar reducir bajo sedación y/o bloqueo, sin embargo no es posible tras intentar por 20 minutos. Se decide entonces laparotomía y nuevo intento para reducir de forma bimanual asistida por vía intraabdominal después de 15 minutos se reduce y se realiza pexia posterior a sacro y cierre de cavidad abdominal, al día siguiente inicia vía oral y al 2º día se egraga sin complicación alguna, se sigue el caso por consulta externa y no ha presentado recidiva posterior a 6 meses. **Conclusiones:** El prolusión rectal en la mayoría de las veces se reduce de forma manual, sin embargo cuando éste es completo con intususcepción e irreductible se tiene que decidir por una técnica quirúrgica de las cuales hay muchas, siempre hay que tener en cuenta las recomendadas por la literatura, ya que en cualquier momento como cirujano general se pueden emplear de acuerdo al caso. La valoración anatómica y fisiológica del prolusión es importante, sin embargo la causa del mismo continúa siendo difícil de establecer; es necesario realizar uno estudio completo de estos pacientes. La elección del procedimiento va encaminada a corregir las alteraciones anatómicas y fisiológicas. Se deberá considerar cada caso en particular, poniendo atención en la edad del paciente, el estado de salud del mismo, los síntomas asociados (principalmente estreñimiento e incontinencia) y la experiencia del cirujano.

147

RECTOSIGMOIDECTOMÍA PERINEAL COMO TRATAMIENTO PARA PROLUSIÓN RECTAL

Pablo Serrano Rodríguez, Escamilla RR, Jiménez GA, García AL, Cruz ZA, Rodríguez MC, Andreu CF, Panamá P, Ruiz VB, Ramírez MF, Rubio PA. Servicio de Cirugía General. Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX, México, D.F.

Introducción: El prolusión rectal se define como la intususcepción del recto. Si se presenta con salida de todas las capas del recto se habla de un prolusión completo y si sólo se presenta la mucosa es un prolusión mucoso. Inicialmente se pensaba que se trataba de un defecto en la fascia pélvica. Múltiples factores se han asociado con este padecimiento como atonía del piso pélvico, inhibición excesiva del piso pélvico y lesión del nervio pudendo. También está asociado a cambios anatómicos como saco de Douglas profundo, laxitud y atonía de los músculos del piso pélvico, descenso perineal, sigmoideas redundante, ausencia de fijación del recto o elongación del mesorrecto. El tratamiento puede realizarse por vía abdominal o perineal, éste debe corregir el problema, tener una baja morbilidad y mortalidad, mejorar los síntomas y tener una tasa de recurrencia a largo plazo aceptable. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 68 años de edad con antecedentes de multiparidad que presenta un prolusión rectal completo con incontinencia fecal. La paciente se coloca en posición ginecológica, el recto se tracciona con pinzas de Babcock, se inyecta en el espacio submucoso solución con epinefrina para disminuir el sangrado, se realiza una incisión a 2 cm de la línea dentada con el electrocautero, se cortan todas las capas externas del recto hasta localizar el mesorrecto. Se disecan los vasos del mesorrecto traccionándolos suavemente hasta obtener resistencia, se abre el peritoneo para movilizar el colon sigmoideo. Ligando el mesosigmoideo. Posteriormente se visualiza el músculo elevador del ano posterior y se aproximan con dos puntos de sutura no absorbible 2-0, el procedimiento se repite en los elevadores anteriores. Se calibra permitiendo el paso de un dedo del cirujano. Se realiza la incisión en el sigmoideo marcándola con electrocautero para tener una alineación adecuada, se reseca el segmento redundante y se inicia la anastomosis con sutura absorbible 4-0. La paciente presenta mejoría postoperatoria con adecuado control de esfínteres así como resolución del prolusión. **Conclusiones:** El prolusión rectal es un problema frecuente que aumenta con el incremento en la población de la tercera edad. La rectosigmoidectomía perineal de Altemeier es ideal para estos pacientes ya que tiene baja morbilidad, repara gran parte de los elementos causales del prolusión rectal entregando adecuados resultados, con una baja recurrencia si es realizada adecuadamente.

148

MEGACOLON GIGANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Antonio Cruz Rodríguez, Flores AE, González EN, Franco LF. Servicio de Cirugía General. Centenario Hospital Miguel Hidalgo SSA, Aguascalientes, Aguascalientes

Introducción: Megacolon es un término descriptivo que no conlleva ninguna implicación etiológica o fisiopatológica. Se habla de megacolon cuando en una radiografía el diámetro del sigmae o del colon excedente es mayor de 6.5 cm, el del colon ascendente mayor de 8 cm o el diámetro del ciego superior a los 12 cm. Se distinguen dos variantes de megacolon, el congénito y el adquirido, este último asociado a diferentes entidades clínicas. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 39 años, portadora de artritis reumatoide y síndrome de Sjögren de 7 años de evolución, en tratamiento con esteroides, metrotexate y metilcelulosa oftálmico. Ingresó a urgencias con un cuadro de oclusión intestinal de 7 días de evolución, caracterizado por distensión abdominal, ausencia de evacuaciones y de canalización de gases, así como anorexia, náusea y vómito, en los exámenes de laboratorio inicial destacaba únicamente leucocitosis con desviación a la izquierda. Las radiografías de tórax y abdomen mostraron una gran distensión colónica con ausencia de huellas. La paciente se sometió a laparotomía exploradora, encontrando megacolon gigante, con gran dilatación de todo el colon con un diámetro de 20 cm, así como ligera dilatación de ileón terminal, por lo que se realiza colectomía total con ileo-recto anastomosis manual en dos planos. Presentó buena evolución postoperatoria. Se inició dieta líquida al tercer día y se egresó al quinto día sin complicaciones. La anatomía patológica diagnosticó una extensa necrosis de colon con áreas ulceradas, hemorragia generalizada, descartando la presencia de hipoganglionio. **Conclusiones:** El megacolon adquirido es una complicación dramática de un conjunto de enfermedades de diferente etiología: inflamatorias, congénitas, infecciosas, vascular, metabólicas o idiopática. Es siete veces más frecuente en mujeres con un pico de edad de 35 años y un decremento después de los 50 años. El tratamiento puede ser farmacológico, endoscópico o quirúrgico, con resección colónica más o menos extensa en función de la viabilidad del colon y de existencia o no de perforación. En nuestro caso, teniendo en cuenta los antecedentes patológicos y la ausencia de lesiones histológicas diagnósticas se catalogó como megacolon idiopático.

149

PERFORACIÓN DE RECTO POR EMPALAMIENTO, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Luis Guillermo Menchaca Ramos, Villarreal TG, Urquidi RM. Servicio de Enseñanza. Hospital Regional Monterrey ISSSTE, Monterrey, Nuevo León **Introducción:** En heridas penetrantes de abdomen, el colon es el tercero en frecuencia en resultar afectado, después del hígado y el intestino delgado. La bibliografía reporta, que la morbilidad infecciosa es del 25 al 35%, en tanto que la mortalidad es de 3 a 12%. Las lesiones mayores del recto producen una mortalidad aún más alta, de 4 a 22%. La mayor parte de la morbilidad infecciosa consecutiva a lesiones abdominales es consecuencia de la demora en el diagnóstico o del tratamiento inapropiado de las lesiones colónicas. El diagnóstico y tratamiento tempranos de las heridas del colon (en el transcurso de las dos horas siguientes de la lesión) reduce en un grado impresionante las complicaciones infecciosas. Teniendo el diagnóstico de una perforación del tubo digestivo, el augeo estricto a los principios del manejo es esencial; incluyendo resucitación, antibioticoterapia, control adecuado de la perforación y soporte fisiológico. El control adecuado de la perforación, es el paso más importante en el manejo definitivo de estos pacientes y debe realizarse de manera rápida y efectiva. **Reporte del caso:** Se comenta un caso de paciente masculino de 10 años de edad, que llega a la sala de urgencias llevado por la madre por haber sufrido traumatismo contuso por empalamiento con una varilla metálica. A su llegada a la sala de urgencias, tiene puesta su ropa con huellas de sangrado y solicitan valoración por cirugía general. Al interrogatorio, el paciente había estado jugando y cayó sentado sobre el objeto metálico refiriendo dolor y sangrado. Al momento de explorar, se observa sólo excoriación en ano sin más datos. Se solicita la ropa del paciente para confirmar la etiología del traumatismo, observándose la perforación sobre el pantalón de mezclilla. El abdomen se encontraba blando y los estudios radiológicos no mostraban aire libre en cavidad, el tacto rectal no evidenciaba ningún dato relevante, sólo escasas huellas de sangrado. Se solicita valoración por gastroenterología pediátrica para colonoscopia y valorar la integridad del tubo digestivo. La colonoscopia fue positiva para perforación, entrando el colonoscopio hacia cavidad peritoneal. Por este motivo, se indica laparotomía para valoración y reparación de lesión de colon. Durante el acto quirúrgico, la cavidad sin datos de contaminación fecal, se localiza la perforación por arriba de la reflexión peritoneal, la cual se repara en dos capas. Lavado de cavidad. En el postoperatorio, paciente en ayuno con plan de soluciones y se inició vía oral al cuarto día al escucharse peristalsis. Egresado un día después sin complicaciones. **Conclusiones:** La perforación del aparato gastrointestinal conlleva causas considerables de morbilidad y mortalidad. El tratamiento adecuado se basa en entender la anatomía, microbiología, la fisiopatología del evento y del proceso agudo resultante. El cuidado óptimo del paciente dependerá del diagnóstico temprano y de lo rápido que se inicia el tratamiento. La evaluación clínica, interrogatorio exhaustivo y exploración física completa, así como un alto grado de sospecha diagnóstica, contribuyen a solicitar de carácter urgente la valoración por otras es-

pecialidades para establecer el diagnóstico preciso y establecer la conducta quirúrgica terapéutica adecuada para cada paciente.

150

OCLUSIÓN INTESTINAL POR VÓLVULO DE CIEGO SECUNDARIO A MEGAPÉNDICE Y MUOCOCELE

Fernando Macías Martínez, Daniel TLH, Toledo RF, Quintos GHD, Sánchez ZC, Ochoa CJM, González MI. Servicio de Cirugía General. Hospital General Celaya SSA, Irapuato, Guanajuato

Introducción: El vólvulo de ciego es infrecuente en occidente y representa únicamente el 1% de los casos de oclusión intestinal en el adulto. El vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico. La localización por orden de frecuencia es en un 80% en sigmae, 15% en ciego y 5% en colon transverso. En la etiopatogenia se han implicado diversas causas anatómicas (meso largo y redundante), alimentarias (dieta rica en residuos), patológicas (estreñimiento, abuso de laxantes, Parkinson, Alzheimer), sexo (más común en mujeres), y la edad (mayor de 70 años). El vólvulo cecal es más frecuente en mujeres de 50 a 60 años con historia de episodios anteriores de oclusión intestinal. El objetivo de este caso es reportar la causa del vólvulo poco frecuente como lo es un megapéndice secundario a un mucocele. **Reporte del caso:** Masculino de 45 años de edad con antecedentes de más de un año de evolución con múltiples internamientos secundarios a cuadros de oclusión intestinal y anemia crónica. Acude al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal generalizado y distensión además de náuseas y vómitos de 3 días de evolución. A la exploración física paciente con palidez de tegumentos, discreta disnea a grandes esfuerzos, el abdomen distendido con timpanismo generalizado, ruidos hidroáreos de lucha y datos de irritación peritoneal, en la radiografía de abdomen se identifica una imagen con gran dilatación del colon derecho con imagen en grano de café y niveles hidroáreos, se decide someter al paciente a laparotomía exploradora, encontrándose vólvulo cecal y tumoración al mismo nivel con megapéndice de 25 cm, líquido libre de reacción en cavidad realizando hemicolectomía derecha y colostomía más fistula mucosa. Evoluciona un postoperatorio sin incidentes, la anatomía patológica reporta mucocele cistadenocarcinoma apendicular con bordes quirúrgicos de la pieza libre de neoplasia. **Conclusiones:** La oclusión intestinal secundaria a vólvulo de ciego es menor al 1% en occidente y el vólvulo secundario a megapéndice y mucocele aún más raro ya que el mucocele corresponde sólo al 0.2% de las neoplasias del apéndice.

151

VÓLVULO DE SIGMOIDES Y MEGACOLON SECUNDARIO

Gerardo Ramírez Colín. Servicio de Cirugía General. Hospital General Tacuba ISSSTE, México, D.F.

Introducción: El colon es el sitio digestivo que con más frecuencia presenta un vólvulo en su porción sigmaidea, caracterizado por estreñimiento y distensión abdominal. La clínica y la radiología proporcionan un alto porcentaje del diagnóstico. Es indudable la utilidad la descompresión preoperatoria del colon, sin embargo, las cifras de morbilidad continúan muy altas. **Reporte del caso:** masculino de 82 años, obeso, diabético e hipertenso de larga evolución, controlado en forma parcial médica. Durante los últimos tres meses ha presentado cuadros intermitentes de distensión abdominal, cólicos intermitentes, catalogado como un síndrome de Ogilvie, sin embargo hace tres días vuelve a ingresar al servicio. Nuevamente presenta gran distensión abdominal, con deshidratación moderada, alzas térmicas de hasta 38 °C, se coloca sonda nasogástrica y se obtiene un gasto aproximado de 800 cc de material gastrointestinal, las glicemias centrales oscilan entre 350 a 400 mg%. El laboratorio reporta una Hb de 20g% Hct 56, leucocitos de 18,000/mm³ con predominio de segmentados y bandemia. Las radiografías abdominales presentan gran dilatación de colon con imagen en grano de café, con mínima cantidad de aire en ampolla rectal. El paciente es sometido a laparotomía exploradora encontrando un vólvulo de 360 en sigmae con una dilatación importante de transverso de casi 18 cm de diámetro. Por lo que se somete a colectomía subtotal y bolsa de Hartmann. Presenta un postoperatorio mediano insidioso y finalmente fallece a los 10 días del procedimiento por un infarto agudo de miocardio. **Conclusiones:** Los reportes más actuales, indican una morbilidad alta, incluso en algunos artículos cercanos a 70%, cuando se intentan anastomosis primarias, uno de los principales problemas que encontramos es la diferencia en el tamaño de las bocas anastomóticas, además otras enfermedades concomitantes, por lo que la realización de estomas sigue vigente, con cifras de morbilidad permisibles.

152

RESECCIÓN DE VÓLVULO DE COLON SIGMOIDES SECUNDARIO A LA PRESENCIA DE TERATOMA QUÍSTICO MADURO DE OVARIO DERECHO CON ANASTOMOSIS PRIMARIA Y OOFORECTOMÍA DERECHA, REPORTE DE UN CASO

Israel Becerril Gómez, Hernández CC, Garduño GJE, López EAI, García-cano SR, Mondragón SA. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil GDF, Toluca, Estado de México

Introducción: El vólvulo sigmoideo justifica de dos tercios a tres cuartos de todos los vólvulos del colon. Representa del 5 al 10% de las obstrucciones colónicas y constituye la segunda causa más común de obstrucción colónica completa. El trastorno se facilita ante un segmento intestinal elongado acompañado de un mesenterio largo con una inserción parietal muy estrecha; esta situación explica que los dos cabos del segmento móvil entren en contacto y giren alrededor de la base mesentérica angosta. **Objetivo:** Dar a conocer un caso clínico en el que se presentó la formación de un vólvulo sigmoideo al torcerse su mesenterio alrededor de un teratoma quístico maduro de ovario derecho, formando una obstrucción de asa cerrada en el que se realizó sigmoidectomía con anastomosis primaria y ooforectomía derecha, resolviendo en un tiempo quirúrgico la urgencia. **Reporte del caso:** Femenino de 15 años de edad, sin antecedentes, cuadro de nueve horas de evolución caracterizado por la presencia de dolor abdominal súbito, difuso, incapacitante, con distensión abdominal, estado nauseoso sin llegar al vómito, obstopación y constipación. Exploración física: consciente, quejumbrosa, regularmente hidratada, palidez de tegumentos, sin compromiso cardiorrespiratorio, abdomen distendido, timpánico, peristalsis de lucha, dolor a la palpación media y profunda a nivel de mesogastrio e hipogastrio, irritación peritoneal. Signos radiológicos: niveles hidroaéreos, edema interasa, y asa intestinal distendida en imagen de «tubo doblado» que ha perdido las marcas de sus haustras a una altura tan alta como el diafragma. Se realizó laparotomía exploradora encontrando obstrucción intestinal completa por vólvulo de sigmoides cuyo mesenterio se encontraba torcido alrededor de un teratoma quístico maduro de ovario derecho de 11 x 9 x 8 centímetros, realizándose ooforectomía derecha, sigmoidectomía y anastomosis primaria en dos planos, siendo motivada esta decisión por la edad de la paciente, el buen estado nutricio, la ausencia de sepsis y de descontrol hidroelectrolítico, el hecho de no presentar perforación intestinal. Se egresa del servicio al noveno día por mejoría clínica, restableciéndose el tránsito intestinal a los tres días de haber sido operada, y tolerando la vía oral a los cinco días del evento quirúrgico; alta definitiva a los 20 días del postoperatorio. **Conclusiones:** El vólvulo de sigmoides es mortal en casi el 50% de los pacientes con perforación; los índices de mortalidad son mucho más bajos cuando sólo hay gangrena, y únicamente 5% de los pacientes fallece después de la operación si el intestino es viable. Generalmente se realiza operación de Hartmann, que conlleva a un segundo tiempo quirúrgico, sin embargo, puede llevarse a cabo una resección del segmento afectado y anastomosis primaria en aquellos pacientes en que sus condiciones clínicas no sean de alto riesgo, tomando en cuenta las condiciones del peritoneo y del asa afectada durante el transquirúrgico, esto es, ausencia de perforación y presencia de proceso isquémico circunscrito exclusivamente al vólvulo.

153

VÓLVULO SIMULTÁNEO DE SIGMOIDES Y TRANSVERSO POSTERIOR A COLON POR ENEMA. REPORTE DE UN CASO

Gerardo Fernández Loyola, Velázquez GJA, Bevía PF, Galindo ML, Delgadillo TGH, Servín TE, Piscil SMA, Serrano GI, Arroyo LH, Marmolejo EJ, Ortiz De La Peña SID. Servicio de Cirugía General. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional «La Raza» IMSS, México, D.F.

Introducción: El vólvulo de colon representa del 5 al 10% de las causas de oclusión de colon. Su localización por orden de frecuencia, es en el sigmoides (60.9%), en el ciego (34.5%), y en el colon transverso (3.6%), y en la flexura esplénica (1%). **Reporte del caso:** Paciente masculino de 68 años de edad antecedente de HAS de 5 años de diagnóstico, appendicectomía hace 22 años, sin sintomatología previa asociada a oclusión intestinal. Ingresó programado para realización de colon por enema como protocolo de estudio de enfermedad diverticular, egresado sin complicaciones posterior al procedimiento radiológico. Reingresa 48 horas posteriores al estudio con cuadro de dolor abdominal intenso, intolerancia a la vía oral, náusea sin llegar al vómito, así como incapacidad para canalizar gases desde la realización del estudio de contraste. Exploración física: T.A. de 140/70 mmHg, con distensión y timpanismo abdominal, así como datos de obstrucción intestinal e irritación peritoneal. Rx de abdomen con presencia de abundante material de contraste en colon, con imagen sugestiva de vólvulo de sigmoides. Se somete a laparotomía exploradora corroborando el vólvulo de sigmoides, encontrando además vólvulo de transverso por delante del ángulo hepático con fijación normal del ciego sin compromiso vascular del colon. Se realiza desrotación y descompresión del colon corroborando adecuada perfusión por lo que se maneja con pexia sigmoides a la pared lateral del abdomen cursando con buena evolución postoperatoria egresando al quinto día posterior a la intervención. Posteriormente el paciente fue sometido de manera electiva 2 meses después a resección de colon redundante con anastomosis transver-

so descendente evolucionando satisfactoriamente. **Conclusiones:** Existen escasos reportes en la literatura acerca de la presentación de vólvulos de manera simultánea en segmentos distintos del tubo digestivo, los cuales asocian esta inusual presentación a cirugías abdominales previas, tubo digestivo redundante, así como a alteraciones en la fijación de los segmentos involucrados, de tal manera que en este paciente el antecedente del estudio radiográfico no puede descartarse como causa desencadenante del cuadro, sin embargo participó como elemento diagnóstico clave para realizar el tratamiento quirúrgico de manera oportuna.

154

VÓLVULO DE CIEGO, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

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

Introducción: El vólvulo intestinal se produce por la torsión de un segmento móvil del colon alrededor de su eje mesentérico. La localización, por orden de frecuencia es: un 80% en sigma, un 15% en ciego y un 5% en colon transverso. En la etiopatogenia se han implicado diversas causas: anatómicas (meso largo y redundante), alimentarias (dieta rica en residuos), patológicas (estreñimiento crónico, abuso de laxantes, enfermedades psiquiátricas y del sistema nervioso central en el 40% de los casos: distrofias, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, accidentes cerebrovasculares, etc.), el sexo (más común en mujeres) y la edad (mayor de 70 años). El vólvulo de colon es raro y contribuye sólo entre el 1 y el 3% de los casos de obstrucción colónica. El vólvulo cecal supone la torsión de un segmento del colon sobre su eje mesentérico (generalmente 360° alrededor del pedículo mesentérico de la arteria ileocólica), lo que provoca una estrangulación, con la consecuente oclusión de los dos extremos del segmento volvulado y con un compromiso de la vascularización, lo que produce una obstrucción en asa cerrada. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 52 años de edad, con antecedentes de estreñimiento crónico en manejo crónico con fibra, en ocasiones laxantes convencionales. Inició padecimiento actual 6 días previo a su ingreso con presencia de evacuaciones hematoquécicas, las cuales remiten de manera espontánea, 3 días después inicia con la presencia de dolor abdominal tipo cólico, de moderada a gran intensidad localizado en flanco derecho sin irradiaciones y posteriormente se generaliza a toda la región abdominal asociado a vómito de contenido gastroalimentario en dos ocasiones así como distensión abdominal progresiva y dificultad para canalizar gases y evacuar. A la exploración física, taquicárdico, con distensión abdominal importante, ruidos de decantación y rebote positivo en hemiabdomen derecho, sin materia fecal en ampolla rectal. Exámenes de laboratorio sólo leucocitosis 18,000, resto normal. Placas simples de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado, edema interasa, así como dilatación de colon ascendente y ausencia de gas en colon distal. Se solicita laparotomía exploradora, encontrando vólvulo de ciego 360° y dilatación de asa cerrada hasta 15 cm, se realiza hemicolectomía derecha e ileotransverso anastomosis terminoterminal, la evolución del paciente es satisfactoria y es egresado 7 días después. **Conclusiones:** El tratamiento del vólvulo de ciego puede ser conservador o con medidas quirúrgicas. La devolvulación mediante colonoscopia o con enema de bario puede ser exitosa en ocasiones en pacientes estables, sin compromiso isquémico del colon o perforación, pero la colonoscopia se demuestra menos eficaz en los vólvulos de colon derecho y ciego. Si hay compromiso isquémico o perforación intestinal es precisa la resección, se realiza una hemicolectomía derecha con o sin anastomosis primaria. Hay otras técnicas quirúrgicas, como la detorsión o reducción simple con o sin cecopexia del colon al retroperitoneo derecho y la cecostomía (es preferible la resección a la detorsión, debido a la alta tasa de recurrencia). En los últimos años se han descrito técnicas mínimamente invasivas como la cecopexia laparoscópica con los mismos resultados. El tratamiento conservador puede conseguir, en ocasiones, superar el período agudo, recuperar la mucosa colónica y poder realizar una cirugía definitiva posterior con una menor morbilidad que en el período agudo y con mayor éxito; pero teniendo en cuenta que la devolvulación endoscópica tiene una tasa de recidiva elevada hasta de 30-50%. Nosotros somos más partidarios de tratar a este tipo de pacientes (con vólvulo de ciego) mediante tratamiento quirúrgico urgente como primer gesto terapéutico con resección y anastomosis primaria terminoterminal.

155

VÓLVULO DE CIEGO: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Jorge Santín Rivero, Blanco VG, Sánchez MR, Orozco MG, Leycegui AMI. Servicio de Cirugía General. Hospital Ángeles del Pedregal, México, D.F.

Introducción: El vólvulo de ciego es una condición clínica infrecuente y una causa poco común de obstrucción intestinal. Existen dos tipos de vólvulo: la rotación completa del ciego que involucran el ileón terminal y hasta colon transverso y la báscula cecal, esta última menos frecuente (10%). La

incidencia es de 2.8 a 7.1/mill/años y es responsable del 1-1.5% de las obstrucciones intestinales en adultos, la edad de presentación depende de la influencia en la dieta y cultura; en la India se presenta a los 33a, mientras que en los países occidentales a los 53a. **Reporte del caso:** Se trata de px fem de 58a, originaria y residente del D.F., sin antecedentes de importancia. Inicia su PA 24 h previo a su ingreso con dolor tipo cólico localizado en epigastrio de inicio súbito, acompañado de náusea llegando al vómito en varias ocasiones de contenido gastroalimentario, el dolor se vuelve generalizado y se asocia distensión abdominal. A la EF TA80/60, Fc 120, Fr 24, temp 36, Sat O2 70, px en posición antiálgica, consciente, orientada con palidez de tegumentos y mucosas secas, cardiopulmonar con ruidos rítmicos sin agregados, campos pulmonares con hipoventilación bi-basal, abdomen distendido, con ruidos peristálticos ausentes, con hiperestesia e hiperbaralgésia, dolor a la palpación media y profunda y datos de irritación peritoneal. Labs leucocitosis, Rx PSA se observa dilatación importante de colon en el cuadrante superior izquierdo. Enema de bario se observa colon distal, sigmoides hasta transverso, donde se pierde en imagen de pico. Se realiza laparotomía exploradora, encontrando vólvulos de ciego hasta tercio medio de colon transverso, con dilatación de ciego > 25 cm, intestino necrótico, no perforado. Se realiza resección en bloque sin destorsión del vólvulo, hemicolectomía derecha con ileo-colo transverso terminolateral en un plano. Presentó una evolución favorable. **Conclusiones:** El diagnóstico de vólvulo de ciego es un reto diagnóstico, se han encontrado diversos factores relacionados, como historia de cirugía previa o bridas congénitas, ingesta abundante de fibra, ileo-adiánmico, constipación crónica y en ocasiones el paciente no presenta ningún tipo de antecedente. La fisiopatología consiste en fijaciones o rotaciones incompletas. Clínicamente se puede presentar como intermitente o recurrente esto es de manera crónica en el 50%, el paciente presenta distensión abdominal, dolor leve que cede al paso de la materia fecal o al vencer la oclusión. Y presentarse de forma aguda donde no cede espontáneamente complicándose con estrangulación, perforación intestinal y choque séptico. Los exámenes de laboratorio y gabinete no muestran siempre patrones específicos. Lo que hace que el diagnóstico se sospeche y se haga en el trasoperatorio. El manejo quirúrgico comprende varias opciones desde la destorsión manual, cecopexia, cecostomía, colectomía o vía colonoscopia. En la literatura existe controversia acerca del mejor tratamiento, sin embargo hay estudios que demuestran diferentes porcentajes de mortalidad y recurrencia. El tratamiento de elección debe ser la colectomía para evitar su recurrencia, sin embargo la mortalidad aumenta en comparación con otros procedimientos, donde la recurrencia aumenta pero la mortalidad disminuye. Nosotros presentamos un caso de vólvulo de ciego, sin antecedentes de importancia y con ataque sistémico importante, que fue manejado con colectomía derecha y anastomosis primaria, presentado buena evolución, creemos que este tipo de patología es un reto diagnóstico para el cirujano y siempre se debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal. El manejo debe ser siempre resección intestinal aunque no existan cambios en la perfusión, esto disminuirá la mortalidad y asegura que no exista recurrencia, no existen estudios de seguimiento con grandes series de pacientes ya que es una patología infrecuente, sin embargo la mayoría demuestra los mismos porcentajes de éxito y propone el tratamiento que llevamos a cabo en este paciente.

156

VÓLVULO DE COLON TRANSVERSO. Reporte de un Caso

Heely Lya Vázquez Morales, González CJ, Montes AJJ, Méndez N. Servicio de Cirugía. Hospital Dr. Rubén Leñero GDF, México, D.F.

Introducción: El vólvulo es el torcimiento de un segmento de intestino lleno de aire alrededor de su mesenterio originando una obstrucción con estrangulamiento y necrosis, los sitios más comunes son el ciego, el sigmoides y con menor frecuencia en el transverso. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 72 años de edad con antecedente de estreñimiento crónico, que llega a urgencias con distensión abdominal, dolor abdominal intenso de 24 horas de evolución, a la exploración paciente consciente, orientado, deshidratado, con palidez de tegumentos, sin peristalsis, con datos de abdomen agudo, con leucocitosis con predominio de neutrófilos, y placa de Rx de abdomen con imagen de grano de café, se realiza laparotomía exploradora en donde se encuentra vólvulo de transverso con necrosis de colon ascendente y trasverso, se realiza hemicolectomía derecha con ileostomía, paciente que evoluciona de forma favorable y se egresa, para su restitución de tránsito intestinal. **Conclusiones:** El vólvulo de transverso es raro porque el colon en esta porción no puede rotar por contar con un meso corto y base ancha, sin embargo se reporta un caso con adecuada evolución posterior al tratamiento.

157

VÓLVULO CECAL

Daniel Dávila Bradley, Sánchez AH, Ballí MJ, Díaz EA, Villegas CO, Alcora PG, Garza LC. Servicio de Cirugía General. Hospital San José TEC de Monterrey, Monterrey, Nuevo León

Introducción: El vólvulo cecal es una condición clínica poco frecuente y una causa rara de obstrucción intestinal. Clínicamente se puede presentar de varias formas como dolor abdominal autolimitado hasta una urgencia quirúrgica por abdomen agudo con estrangulación del segmento afectado, necrosis y perforación. Generalmente representa un reto diagnóstico y requiere un alto índice de sospecha. **Reporte del caso:** Se trata de un paciente de sexo femenino de 62 años con antecedentes médicos de asma bronquial y antecedentes quirúrgicos de apendicectomía, resección de quiste ovárico derecho, laparoscopia exploradora por cuadro de obstrucción intestinal secundario a adherencias y cirugía antirreflujo laparoscópica. Acude a consultar al Departamento de Urgencias por dolor abdominal generalizado de inicio súbito de seis horas de evolución, tipo cólico, intermitente, acompañado de náusea, vómito, distensión abdominal e incapacidad de canalizar gases. La exploración abdominal es consistente con cuadro de obstrucción intestinal aguda con peristalsis con signos de lucha intestinal, distensión importante sin datos de irritación peritoneal. Sus laboratorios relevantes muestran leucocitosis 20,000/ul con neutrófilos 72%. La radiografía simple de abdomen sugiere una obstrucción intestinal de colon con la posibilidad diagnóstica de vólvulo sigmoides o vólvulo cecal. Se decide realizar una laparoscopia exploradora en la cual es necesario convertir a laparotomía realizando el hallazgo de vólvulo cecal el cual se reduce realizando hemicolectomía derecha con anastomosis ileo-cólica latero-lateral con grapadora Endo-GIA. La evolución de la paciente es satisfactoria tolerando vía oral al cuarto día postoperatorio y finalmente su egreso hospitalario. **Conclusiones:** El vólvulo cecal es una causa rara de obstrucción intestinal por lo que su manejo no está estandarizado en la literatura. Dentro del abordaje los estudios de imagen pueden sugerir el diagnóstico incluyendo el colon por enema que confirma el diagnóstico hasta en 88% de los casos y en ocasiones puede ser terapéutico. En general la colonoscopia no está recomendada presentando éxito de reducción menor a 30%. El tratamiento quirúrgico no está definido de manera estándar e incluyen desde una resección hasta una cecopexia o simplemente una reducción quirúrgica.

MÓDULO: ENFERMEDADES ANO-RECTALES

158

ESTENOSIS ANAL POSTERIOR A HEMORROIDECTOMÍA CON LIGASUREMR. REPORTE DE DOS CASOS

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

Introducción: La hemorroidectomía se reserva para pacientes con enfermedad hemoroidal grado III-IV. Es el tratamiento más efectivo para la enfermedad hemoroidal. Pero este manejo se ha asociado con el mayor índice de complicaciones. La estenosis anal es un estrechamiento del canal anal la cual puede ser funcional o real y se presenta comúnmente como una complicación posterior a la hemorroidectomía. Recientemente se ha descrito la hemorroidectomía con LigasureMR como alternativa a los procedimientos tradicionales, encontrándose como un procedimiento seguro, rápido, con menor sangrado y morbilidad. **Reporte del caso:** Caso 1. Femenino de 45 años, operada de enfermedad hemoroidal grado III con LigasureMR. La paciente presenta estenosis anal 10 días posteriores a la cirugía. Inicialmente se manejó conservadoramente, pero ante la falta de mejoría se decidió someter a cirugía encontrando una estenosis anal anular a 2 cm del margen anal. Se realizó una plastía anal Y-V. La paciente con evolución postquirúrgica satisfactoria hasta 1 año posterior a la cirugía. Caso 2. Masculino de 65 años, se sometió a hemorroidectomía con LigasureMR por enfermedad hemoroidal grado III. El paciente presentó estenosis anal 3 meses posteriores a la cirugía, inicialmente manejado conservadoramente sin mejoría. Se somete a plastía Y-V por estenosis anal anular a 1.5 cm del margen anal. No reestenosis anal y buen control esfínter a 1 año de evolución postquirúrgica. **Conclusiones:** La hemorroidectomía con LigasureMR es un procedimiento seguro cuando se realiza con una técnica quirúrgica adecuada, pero no está exenta de complicaciones serias.

159

HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO PLEOMÓRFICO PERIRRECTAL DERECHO, A PROPÓSITO DE 1 CASO

Miguel Ángel Méndez Montenegro, Andrade BJ, Falcón ER, Castro CPR, González GJ, Montes RL. Servicio de Cirugía General, Hospital Central «Dr. Ignacio Morones Prieto» SSA, San Luis Potosí S.L.P.

Introducción: Desde 1964 O'Brien y Stout lo clasificaron como el sarcoma de tejidos blandos más común 20 a 25% de los sarcomas), en pacientes geriátricos. Más común en raza blanca, en hombres, entre la sexta y séptima décadas de la vida, en extremidades (75%), y hasta el plano muscular (60%). Se presenta el reporte de un caso en un paciente de 58

años de ubicación parrectal derecha que fue sometido a manejo quirúrgico. **Objetivo:** Ver la evolución de la tumoración después de el tratamiento quirúrgico y el tratamiento adyuvante posterior con radio y quimioterapia. **Material y métodos:** Se presenta el caso de un paciente de 58 años con antecedente de importancia sólo tener hipertensión arterial. Inicia hace 6 meses con lesión perianal derecha de 3 centímetros de diámetro que fue aumentando de tamaño, llegando a 20 centímetros de diámetro, con aumento de temperatura, eritema, ardor y dolor local. No rectorrágia. Dos días antes de su ingreso a urgencias 27 Marzo 07 drena material sero-hemático no purulento. No refiere ninguna alteración en extremidades, ni hay datos de ataque al estado general. A la exploración física tumoración de 20 x 10 cm abarca el lado derecho de ano, parorrectal derecha, y glúteo derecho, fija, dura, ulcerada y sólo secreta material seroso. Al tacto rectal buen tono de esfínteres, no se palpa masa intraluminal. Se realiza biopsia de la lesión reportándose histiocitoma fibroso maligno pleomórfico. Solicitó T.A.C. encontrándose masa independiente del recto, sin afectar estructuras óseas, o ningún órgano abdominal o pélvico. Se realiza cirugía 10 de Mayo 07 con la extracción completa de la tumoración. Reporte de pieza patológica histiocitoma fibroso maligno pleomórfico. **Resultados:** Se realiza tratamiento quirúrgico de la masa antes mencionada sin tener complicaciones el paciente durante su estancia hospitalaria, su alta ocurre cuatro días después. Se somete a radioterapia realizándose solamente 6 sesiones de ésta con abandono posterior del tratamiento por parte del paciente, continúa sin tratamiento médico alguno en su domicilio y fallece 4 meses después. **Conclusiones:** El histiocitoma fibroso maligno pleomórfico es una lesión de rápido crecimiento, agresivo que debe ser manejado adecuadamente en técnica y tiempo y posteriormente apoyarse con manejo adyuvante para lograr una mejor sobrevida y estar al pendiente de recidivas.

160

ENFERMEDAD DE BOWEN PERIANAL, REPORTE DE UN CASO

Rodolfo Méndez Rodríguez, Salazar TM, Abascal AA, Padilla GVM. Servicio de Gastrocirugía, UMAE HEP IMSS, Puebla Pue.

Introducción: La Enfermedad de Bowen es una neoplasia anal intraepitelial no queratinizado de las células escamosas de la piel, la cual tiene un alto potencial de conversión maligna. La localización perianal es poco frecuente. **Reporte del caso:** Se presenta el caso de un masculino de 43 años de edad, con antecedente de ser VIH+, con presencia de fistula perianal, la cual al ser resecada y analizada se documenta que por reporte histopatológico fue de enfermedad de Bowen; fue reintervenido con resección amplia, siendo el reporte transoperatorio y definitivo con Bowen perianal y límites libres de tumor. **Conclusiones:** La enfermedad de Bowen perianal es una entidad clínica muy rara, de curso crónico, poco agresiva, con riesgo bajo de desarrollar cáncer escamoso invasor. Con frecuencia se asocia con infección del Virus de Papiloma Humano de región anal y genital. El paciente de nuestro caso se le realizó la resección de aproximadamente 1.5 a 2 centímetros de los bordes laterales y profundo de la cicatriz de la fistulotomía previa. El paciente ha cursado con adecuada cicatrización de la herida quirúrgica. El paciente tiene alto riesgo de recurrencia, ya que cursa con infección asociada con VIH, por lo que se inicia vigilancia del paciente.

MÓDULO: ESÓFAGO

161

ACALASIA DEL MÚSCULO CRICOFARÍNGEO SIN DIVERTÍCULO DE ZENKER

Álvaro Angulo Franco, Velázquez GA, Serrano GI, Delgadillo TG, Bevia PF, Piscil SM, Acosta RG, Albores RN, Servín TE. Servicio de Cirugía General, HE CMN La Raza IMSS, México D.F.

Introducción: La disfagia orofaríngea significa dificultad para mover el bolo alimenticio de la boca al esófago. Puede deberse a alteraciones estructurales y es con frecuencia un trastorno fundamental de la motilidad orofaríngea afectando la reconfiguración orofaríngea durante la deglución o la apertura del esfínter esofágico superior (EES). Suelen relacionarse con enfermedades neurológicas y envejecimiento. Se asocia mayormente a Parkinson (52-82% de los pacientes), Alzheimer (84% de los pacientes), diversas lesiones medulares y trastornos del EES asociados a divertículo de Zenker. La prevalencia de las alteraciones de la apertura del EES como causa de disfagia orofaríngea es baja (< 5%). Las alteraciones neuromusculares de la respuesta motora orofaríngea suelen diagnosticarse mediante videofluoroscopia, mientras que la relajación, la presión residual y la distensibilidad del EES se valoran mediante manometría faringoesofágica, donde el hallazgo principal es su relajación incompleta. Entre las principales complicaciones se encuentran la desnutrición y la neumonía por aspiración. El tratamiento depende de la causa y se ha propuesto que sea inicialmente rehabilitador, otros proponen la inyección de toxina botulínica, sin embargo el

tratamiento definitivo lo constituye la miotomía del músculo cricofaríngeo (MCF) cuya principal complicación es la perforación esofágica. **Reporte del caso:** Femenino de 70 años con EPOC y bradicardia sinus, disfagia orofaríngea de 5 años, agudizada hace 6 meses. SEGD con alteración de la deglución, reflujo importante a nasofaringe con salida del material de contraste por la nariz; endoscopia alta con resistencia del EES por probable estenosis; manometría esofágica con EEI hipotensio, hipomotilidad leve del esófago distal y EES con presión normal y relajación incompleta; TC que reporta aparente lesión laringea de densidad grasa que comprime faringe, compatible con adenomegalías cervicales, valorada por ORL quienes descartan tumor laringeo; mecanismo de la deglución con falta de relajación del EES, concluyendo acalasia del MCF sin divertículo de Zenker. Valorada por cardiología quienes colocan marcapasos temporal con riesgo quirúrgico intermedio; valoración por neumología y valoración preoperatoria. Se programa para miotomía del MCF encontrando fibras musculares del cricofaríngeo ocasionalmente anillo de estenosis a nivel de esófago cervical con importante reacción inflamatoria en la periferia del mismo. Se realiza miotomía del MCF de aproximadamente 6 cm, 2 cm en sentido cefálico y 4 cm en sentido caudal, la paciente evoluciona adecuadamente sin evidencia de fugas por el penrose lo cual se corrobora con trago de medio hidrosoluble, tolerando la progresión de la vía oral y egresándose sin complicaciones. **Conclusiones:** La acalasia del MCF sin presencia de divertículo de Zenker es una entidad rara cuya incidencia no ha sido determinada con exactitud, ya que la sola incidencia de la acalasia del MCF es baja. El caso presentado es similar a los reportados en la literatura, en donde realizamos el protocolo de estudios completo, ya que de confirmarse el diagnóstico de tumoración hubiera cambiado el tratamiento y el pronóstico de la paciente. Independientemente de la sintomatología la paciente no presentó desnutrición ni complicaciones pulmonares agudas, lo cual pudo haber influido positivamente en la convalecencia del postoperatorio, permitiendo una extubación temprana y adecuado proceso de cicatrización sin desarrollo de fistula esofágica. Por lo tanto en este caso se confirma que la miotomía es el procedimiento terapéutico más adecuado para el tratamiento definitivo de la acalasia del MCF dado el bajo índice de complicaciones y la rápida recuperación.

162

MEGAESÓFAGO SECUNDARIO A ACALASIA

Miguel Ángel Jaramillo Gante. Servicio de Cirugía, Hospital Central SSA, San Luis Potosí S.L.P.

Introducción: La incidencia es de 6 por 100,000 personas por año, se presenta en mujeres jóvenes y hombres de mediana edad. Es una falla en la relajación del esfínter esofágico inferior. Los síntomas son disfagia, regurgitación y pérdida de peso (triada clásica). El diagnóstico se hace usualmente con esofagograma y estudios de motilidad. La esofagectomía limita el riesgo de carcinoma. La esofagectomía transhiatal con o sin preservación del nervio vago ofrece buenos resultados a largo tiempo. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 53 años de edad, sin antecedentes de importancia. Inició su padecimiento hace 3 años con pirosis, posteriormente disfagia a sólidos, odinofagia, halitosis, evolución lenta y progresiva, 3 meses previos a su ingreso con disfagia a líquidos y vómito postprandial, con pérdida de peso de 20 kg. Resto de interrogatorio sin datos patológicos. EF: Caquético, consciente, signos vitales normales, buen estado de hidratación, ligera palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando, peristaltismo normal, no visceromegalias, neurológicamente normal, no adenopatías, resto de exploración normal. Exámenes de laboratorio: Bh leucos 8.14, Hb 15.5, Hto 45.3, plaq 184, TP 14.7, TTP 30.9, gluc 82, urea 20.4, crea 0.75, BUN 10, ES normales, albúmina 3.76 Fue estudiado y tratado por el servicio de gastroenterología, se diagnosticó acalasia y se realizaron dilataciones con balón a 6 atm de presión (19feb08), sin mejoría se le aplicó Botox. Al no haber mejoría se interconsultó el servicio de cirugía general el día 28 febrero 08. Se valoraron estudios, endoscopia donde se observaron restos alimenticios abundantes y candidiasis, TAC toracoabdominal mostró megaesófago en su diámetro mayor 10cm , se decidió realizar esofagectomía más ascenso gástrico. Por el estado nutricional se dio nutrición parenteral prequirúrgica. Se realizó intervención quirúrgica el día 18 de marzo 08, esofagectomía transhiatal más ascenso gástrico, anastomosis esofagogástrica cervical, piloroplastia más vagotomía, colecistectomía y yeyunostomía, sin complicaciones. Buena evolución postquirúrgica, se inició nutrición enteral por yeyunostomía al día siguiente, continuó con buena evolución y el día 27 de Marzo de 2008 se inició vía oral con dieta líquida la cual se progresó, se retiró sonda de yeyunostomía. Se egresó el día 31 de marzo 08 asintomático. Seguimiento por consulta externa en 3 ocasiones, última 12 mayo del 08, asintomático, tolerando dieta, evacuaciones normales con exploración física normal. **Conclusiones:** El realizar esofagectomía transhiatal fue un tratamiento eficaz para este paciente, se disminuyó el riesgo de carcinoma y no hubo complicación alguna, teniendo como parte del éxito un manejo multidisciplinario.

DIVERTICULECTOMÍA CON MIOTOMÍA CRICOFARÍNGEA COMO TRATAMIENTO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER

Francisco Vargas De La Cruz, Hernández CJ, Gallo AB, Maldonado MS. Servicio de Cirugía, Hospital General Regional de León SSA, León Gana-najuato

Introducción: El divertículo de Zenker es una entidad poco frecuente, que se presenta en la mayoría de los casos en personas de edad avanzada. El síntoma cardinal en esta enfermedad es la disfagia alta que está presente en el 98% de los casos, así como la regurgitación de alimentos no digeridos, halitosis, tos nocturna y episodios de asfixia asociada a broncoaspiración, pérdida de peso y en ocasiones sensación de plenitud en el cuello o tumoración que disminuye a la compresión o al inducir la regurgitación. La fisiopatología de esta entidad es una apertura incompleta por alteración de la relajación del esfínter esofágico superior lo que produce un aumento de la presión en la hipofaringe durante la deglución. Esta alta presión produce un pseudodivertículo por herniación de la mucosa en una zona anatómicamente más débil estructuralmente por estar desprovista de un plano muscular en la cara posterior de la faringe denominado espacio de Killian. A pesar de ser un padecimiento conocido desde hace más de dos siglos, su tratamiento es muy diverso, éstos incluyen desde resección bajo anestesia general hasta procedimientos bajo anestesia Local. Normalmente el tratamiento es quirúrgico en los divertículos sintomáticos, por medio de diverticulectomía, diverticulectomía con miotomía cricofaríngea, inversión del divertículo con miotomía o miotomía sola. Sin embargo ninguno ha demostrado ser el mejor. Se han obtenido buenos resultados con la diverticulopexia combinada con miotomía cricofaríngea, sin embargo, en pacientes con divertículo de gran tamaño y que no presentan contraindicación para la anestesia general la diverticulectomía con miotomía cricofaríngea es el método de elección. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 28 años de edad sin antecedentes de importancia quien inicia su cuadro clínico cuatro meses antes con disfagia alta siendo principalmente a sólidos, regurgitación del bolo alimentario no digerido, halitosis, estridor laríngeo y episodios de tos nocturna que la despertaban con sensación de asfixia. Así como tumoración en el cuello en el triángulo anterior y superior izquierdo la cual aumentaba después de las comidas y disminuía al inducirse el vómito y la compresión en el área descrita. Pérdida de peso de 3 kilogramos en 4 meses. En base a lo anterior se realiza esofagograma con material baritado donde se observó un divertículo cricofaríngeo si defectos de llenado en su interior. Se realiza tomografía de cuello para complementar protocolo diagnóstico donde se evidencia mismo divertículo. La paciente se operó con una abordaje lateral izquierdo sobre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, con disección completa del saco diverticular de cinco centímetros hasta su base, se realizó diverticulectomía manual y miotomía cricofaríngea. Se realizó nuevo faringoesofagograma el cual no mostró fuga ni presencia de divertículo remanente, se inició la vía oral y la paciente se egresó sin complicaciones a las 48 horas del postoperatorio. **Conclusiones:** Aun cuando el divertículo de Zenker es más frecuente en la séptima década de la vida y en varones, los casos en personas jóvenes y del sexo femenino no deben quedar descartados. Los síntomas predominantes en los pacientes son la halitosis, disfagia y regurgitación y en los casos extremos la pérdida de peso y el ataque al estadio general pueden estar presentes en los pacientes. El diagnóstico se realiza con esofagograma baritado que aun en la actualidad se considera el estándar de oro por su bajo costo y disponibilidad. El tratamiento de elección es la diverticulectomía con miotomía cricofaríngea aun por sobre las técnicas endoscópicas, las cuales no han mostrado superioridad en cuanto a la técnica quirúrgica abierta. Las complicaciones postoperatorias graves son mínimas y el riesgo de recidiva es mayor en los pacientes en los que se realiza diverticulectomía o diverticulopexia con miotomía cricofaríngea. La diverticulectomía en combinación con la miotomía cricofaríngea para el tratamiento del divertículo de Zenker es el procedimiento quirúrgico de elección.

RESECCIÓN DE DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO

Jorge González Acosta. Servicio de Gastrocirugía, UMAE HE Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, México D.F.

Introducción: Gracias al advenimiento de los estudios manométricos, se tornó evidente que la obstrucción funcional del esófago distal podría no ser solamente el mecanismo causante de la formación de divertículos sino también una causa principal del síntoma. Los divertículos epifrénicos se asocian a acalasia, espasmo esofágico difuso, hipertensión del esfínter esofágico inferior y alteraciones motoras inespecíficas. La mayoría de los pacientes son asintomáticos y tienen sintomatología leve la cual cede con una masticación meticulosa y la ingestión de una cantidad suficiente de líquidos durante la comida, sin embargo un pequeño subgrupo de pacientes pueden presentar síntomas hasta llegar a ser discapaci-

tantes como disfagia severa, dolor torácico, retención de alimentos y regurgitación con aspiración resultante. **Reporte del caso:** Femenino de 67 años, con antecedente de importancia de apendicectomía, plastía umbilical, quien inició su padecimiento hace 1 año con disfagia progresiva, inicialmente a sólidos y posteriormente a líquidos, acompañada de dolor torácico, con serie esofagogastrica con divertículo esofágico en tercio medio y probable estenosis a nivel de la unión esofagogastrica, con manometría esofágica con EEI es de 24 mmHg, longitud de 2 cm en su totalidad siendo de 1cm intraabdominal, ondas peristálticas en el 90%, concluyendo EEI con presión normal, peristalsis esofágica normal, coordinación faringoesofágica normal. Se somete a cirugía con abordaje torácico posterolateral izquierdo con hallazgo de divertículo por tracción con base de 1 cm y longitud de 2 cm, a 1 cm del bronquio izquierdo, se resecó en su totalidad con cierre primario en 2 planos, se descartó estenosis de la unión esofagogastrica y se colocó sonda endopleural izquierda. Tuvo una buena evolución, con expansión total del pulmón a las 24 hrs con retiro de la sonda endopleural, se realizó trago de material hidrosoluble al quinto día postoperatorio sin presentar fuga del material de contraste, por lo que se inició la dieta con buena tolerancia, siendo egresada asintomática del servicio. **Conclusiones:** La decisión de realizar tratamiento quirúrgico no es fácil. Se debe valorar el riesgo-beneficio que condiciona la enfermedad y el procedimiento quirúrgico, en pacientes con síntomas leves el tratamiento conservador y seguimiento intermitente logra un buen control de la enfermedad. El realizar diverticulectomía con miotomía esofágica es el tratamiento para los pacientes con síntomas severos, el realizar un estudio contrastado absorbible antes de instaurar la dieta oral es valioso para valorar la línea de sutura en el sitio de la diverticulectomía y la luz del esófago.

CRICOFARINGOTOMÍA ENDOSCÓPICA POR DIVERTÍCULO DE ZENKER. REPORTE DE UN CASO

Rafael Acuña Prats, Zamorano ZY, Rangel OR, León MA, Ruiz CA, Hernández RM, Hidalgo BMW. Servicio de Cirugía General y Endoscopia, Centro Médico Naval. Fuerzas Armadas, Estado de México

Introducción: Objetivo: presentar un caso clínico de cricofaringotomía endoscópica realizada por divertículo de Zenker. Sede. Centro Médico Naval. **Diseño:** Reporte de un caso. **Resultados:** Evolución satisfactoria con curación del paciente.

Reporte del caso: Paciente masculino de 62 años con cuadro de un año de evolución caracterizado por disfagia alta, regurgitación, halitosis, broncoaspiración nocturna, sensación de plenitud en el cuello y pérdida de peso de 7 kg. Se realizó esofagograma, panendoscopia y manometría esofágica diagnosticándose divertículo de Zenker. Se trató mediante cricofaringotomía endoscópica realizada en una sola sesión con aguja de precorte y electrocautério monopolar. El paciente presentó enfisema subcutáneo 24 hrs después del procedimiento por lo que fue tratado con ayuno, anibióticos, esquema de soluciones, y nutrición parenteral parcial por 7 días evolucionando satisfactoriamente. Actualmente se encuentra asintomático.

Conclusiones: El tratamiento endoscópico del divertículo de Zenker no está exento de complicaciones, pero es una buena opción al cortar el músculo cricofaríngeo cuya falta de relajación produce el divertículo y es responsable de la disfagia. Además de que esta técnica crea una sola luz entre el divertículo y la hipofaringe por lo que se elimina la posibilidad de retención de alimentos en la luz del divertículo sin tener que abrir el cuello. Es necesario realizar análisis comparativos y aleatorizados entre las diferentes técnicas quirúrgicas y endoscópicas para poder determinar cuál es la mejor manera de tratar a estos enfermos. La técnica de la cricofaringotomía endoscópica aun está evolucionando y es necesario estandarizar y afinar varios de los pasos de la técnica así como de los instrumentos, algunos de los cuales necesitan ser diseñados explícitamente para esto.

DIVERTÍCULO DE ZENKER: MANEJO ENDOSCÓPICO DE DOS CASOS EN EL HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETRÓLEOS MEXICANOS

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

Introducción: El divertículo de Zenker resulta del incremento de la presión del segmento cricofaríngeo al paso del bolo alimenticio secundario a un espasmo cricofaríngeo, lo cual puede ser secundario a una apertura incompleta del orificio cricofaríngeo, observada en videofluoroscopia en plano transversal y sagital. Se ha evidenciado que el músculo cricofaríngeo presenta cambios de atrofia, necrosis e inflamación, con la disminución consecuente de sus fibras y, por lo tanto, con una reducción importante de la fuerza de contracción. Muchas han sido las modalidades de tratamiento del divertículo de Zenker. El primer tratamiento exitoso se reportó en 1866 por Wheeler, el cual reali-

zó una miotomía del cricofaríngeo. Posteriormente se implementó la diverticulectomía abierta y percutánea con complicaciones tales como la mediastinitis, parálisis de cuerdas vocales y estenosis faríngea. En 1981, Van Overbeek, describe la primera disección endoscópica del divertículo de Zenker con sistema láser con CO_2 . Posteriormente, se realiza diverticulectomía con grageo endoscópico el cual demuestra una disminución importante de la morbilidad, menor duración del procedimiento y menor tiempo de convalecencia comparado con el procedimiento de Dolhman (PD), en el cual se utiliza láser con CO_2 . A continuación presentamos dos casos de engrapado endoscópico y su evolución postoperatoria. **Reporte del caso:** Caso 1: Masculino de 61 años de edad, diabético e hipertenso, portador de mononeuropatía en manejo con carbamazepina. Inicia su padecimiento actual dos años previos a su ingreso con pirosis, sensación de cuerpo extraño faríngeo, halitosis y disfonía. Se realiza tránsito esofágico donde se encuentra defecto de llenado positivo, redondeado, sacular, extraluminal a nivel de la unión faringoesofágica, integrándose el diagnóstico de divertículo de Zenker. Se decide resección endoscópica, observando defecto en pared lateroposterior izquierda del esófago a 18 cm de la arcada dentaria con una longitud de aprox. 2.5 cm, y se realiza grageo endoscópico, donde se encuentra comunicación entre el esófago y el divertículo. A los dos meses de su cirugía presenta tolerancia a la vía oral. A los cinco meses se reporta al divertículo de Zenker con grapa en su borde con tabique de unión con el esófago de 2 cm y evoluciona de manera satisfactoria. Caso 2: Masculino de 73 años de edad con el antecedente de Plastía Inguinal Derecha y Funduplicatura, con secuelas de Guillain-Barré. Inicia su padecimiento 4 años previos a su ingreso al presentar dolor en epigastrio, acompañado de pirosis, regurgitación y gastritis refractaria a tratamiento de erradicación de *H. pylori*. Continúa con la sintomatología por lo que se realiza panendoscopia encontrando divertículo de Zenker y cuyo estudio se complementa con esofagograma. Se programa panendoscopia con grageo doble donde se encuentra defecto diverticular posterior izquierdo de 6 cm de longitud a 20 cm de arcada dentaria. Se realiza anastomosis de 4 cm de longitud con doble grageo y se corrobora la unión del divertículo con el esófago; como hallazgos agregados se reporta Esofagitis Grado 3 de los Ángeles con erosión de uno de los pliegues. El paciente cursa su postoperatorio de manera normoevolutiva y asintomática hasta la actualidad. **Conclusiones:** El manejo endoscópico del divertículo de Zenker en el Hospital Central Norte de PEMEX aplicado a ambos pacientes es un método novedoso, seguro, con un tiempo operatorio reducido y el cual no muestra complicaciones postoperatorias, sumado a la rápida recuperación del paciente. El éxito de este tratamiento puede apreciarse en la disminución de los síntomas basados en la escala de Visick.

167

DIVERTÍCULO DE ZENKER

Waldo Hernández Pacheco, Arévalo GSL, López OR, Santillanez BA, Ramos PU, Lambertine GAD. Servicio de Cirugía General, Hospital General ISSSTE, Los Reyes La Paz, Estado de Méx.

Introducción: Los divertículos por pulsión o pseudodivertículos se deben a un gradiente de presión transmural, desde dentro del esófago hacia el exterior que conduce a la herniación de la mucosa a través de un punto débil en la capa muscular. se reconocen dos tipos: divertículos faringoesofágicos (Zenker) y epifrénicos. El divertículo de Zenker es el más común, tiene una situación posterior, justo proximal al músculo cricofaríngeo y es más frecuente entre la quinta y octava década de la vida. Los síntomas pueden incluir disfagia orofaríngea y regurgitación espontánea de los alimentos no digeridos y saliva, la deglución puede ser ruidosa y halitosis. El diagnóstico se confirma mediante el tránsito con papilla de bario, que muestra el saco. El tratamiento es quirúrgico y también se han usado con éxito procedimientos endoscópicos, sin embargo las técnicas abiertas proporcionan más alivio sintomático que estas últimas. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 54 años de edad, con un padecimiento de dos años de evolución, caracterizado por pirosis, disfagia cervical, regurgitación, deglución ruidosa y ocasionalmente halitosis. Se realizó panendoscopia alta, reportando divertículo de Zenker, Hernia Hiatal Tipo I y Pangastritis mixta. El esofagograma baritado, demostró saco diverticular faringoesofágico. Los exámenes de laboratorio fueron normales: HB 15.8, HTO 45.4, LUCOS 6.3, TP 12.2, TPT 26, Glucosa 82 mg/dl. Se realizó abordaje cervical izquierdo, encontrando divertículo de aproximadamente 4 cm. Se efectuó Diverticulectomía con engrapadora lineal TA 30, más miotomía cricofaríngea, evolucionando satisfactoriamente, y para la hernia hiatal Tipo I y pangastritis Mixta recibió tratamiento farmacológico. El reporte histopatológico fue: Divertículo de Zenker con inflamación aguda y crónica con formación de folículos e hiperplasia de células basales. **Conclusiones:** El tratamiento más utilizado es la diverticulectomía con miotomía cricofaríngea, y todos los pacientes deben ser considerados candidatos a la cirugía, independientemente del tamaño del divertículo y la edad; los

resultados de la cirugía son en general excelentes con una mortalidad prácticamente nula y una morbilidad baja, como fue el caso presentado.

168

HIATOPLASTÍA CON MALLA

Luis Leal Del Rosal, Leal HL, Licón GJ, Baeza GF, Barraza RU, López MJ, Barba LO. Servicio de Cirugía Christus Muguerza del Parque, Chihuahua Chi.

Introducción: Estudios previos han demostrado que la reparación quirúrgica de las hernias hiatales gigantes se asocian a un alto grado de recurrencia, especialmente con abordaje laparoscópico. La etiología primaria se debe a la abertura anatómica de la crura lo que ha llevado al empleo de material protésico. **Reporte del caso:** Masculino 56 años, hipermetro desde hace 2 años tratado con enalapril 5 mg al día. Tiene antecedente de dos accidentes automovilísticos hace 5 y 3 años por lo que ameritó internamiento, sufriendo únicamente contusiones. Inicia su padecimiento 4 meses previos a su ingreso de forma insidiosa con mareo intermitente y cefalea progresiva. En diciembre 2007 presenta lipotimia al ir conduciendo su vehículo, fue valorado por internista realizándole RX de tórax y audiometría. El paciente refiere padecer pirosis de forma crónica. La placa de tórax muestra aumento en la silueta cardiomedastinal con presencia de víscera hueca en tórax pensando en posible hernia diafragmática posterior. La audiometría con presbiacusia incipiente. Se solicita TAC tórax reportando colapso pulmonar pasivo y desplazamiento hiliar con presencia de tejido graso y asas intestinales en tórax. El paciente es derivado al depto. de cirugía. Dentro de la valoración preoperatoria se incluyó SEGD, prueba de esfuerzo, TAC craneo y USG carotídeo. La SEGD demostró vólvulos gástrico, el resto de los estudios normales. A la exploración física sin datos relevantes, campos pulmonares con adecuada ventilación. Laboratorios dentro de parámetros normales. Se hace diagnóstico de hernia hacial deslizante y se realiza funduplicatura mas hiatoplastía con malla por vía laparoscópica. Se colocó malla Surgisil de Cook, la cual se fijó con sutura no absorbible. Buena evolución postquirúrgica, se realizó esofagograma con buen paso del material de contraste y sin evidencia de fugas. Fue egresado dos días después. **Conclusiones:** Los datos disponibles en la actualidad favorecen el uso de mallas para la reparación hacial, su uso es seguro y previene la recidiva, sin embargo es necesaria una evaluación seguimiento a mas largo plazo para aclarar la seguridad de la hiatoplastía protésica.

169

REPORTE DE EXPERIENCIA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CURATIVO DE ADENOCARCINOMA ESOFÁGICO EN TERCIO INFERIOR POR VÍA TRANSHIATAL EN ETAPA TEMPRANA EN UN PACIENTE

Antonio Fortunato Flores Carrillo, Ramírez CJ. Servicio de CX General, OCA Monterrey, Monterrey Nuevo León

Introducción: Adenocarcinoma esofágico es un cáncer que ha ido en aumento en frecuencia que hace 3 décadas era más frecuente epidermoide y que se elevó al 300 por ciento en las últimas décadas, esto se debe a la prevalencia y evolución de ERGE, también cabe mencionar que el adenocarcionoma de esófago en literatura americana se diagnostican más de la mitad en estadios avanzados (IIB, III, IV) los factores de riesgo de padecer adenocarcionoma de esófago va ser primero que nada ERGE, obesidad, dieta baja en frutas y vegetales y alta en grasas, no se ha asociado a tabaquismo y alcoholismo a diferencia del epidermoide, y sobre la prevalencia de esófago de Barret que aumenta la probabilidad de 30-60% de frecuencia de padecer, por lo que respecta a la asociación con ERGE hay alta incidencia en personas que presentan la enfermedad por más de 40 años o que tienen síntomas severos como disfagia o estenosis, se dice que es más frecuente de presentar sexta y séptima década de la vida. Existen varios tipos diagnósticos en los cuales se puede realizar diagnóstico oportuno y confiable en cuanto el tamaño, localización exacta, extensión y diseminación a distancia del tumor como puede ser serie-esofagogastrroduodenal, endoscopia con biopsia, ultrasonido endoscópico y tomografía axial o con positrones, el tratamiento puede ser con mucosectomía en estadio O-I puede ser por endoscopia con vigilancia periódica, hasta radical como esofagectomía con gastrectomía proximal, esofagectomía proximal con gastrectomía, esofagectomía y gastrectomía, puede ser de dos tipos curativo o paliativo y va a depender de las condiciones del paciente, edad, enfermedades comórbidas y estadio de la enfermedad, cabe mencionar para considerarse tratamiento curativo también va a depender del tamaño del tumor, los bordes libres, RO-R1 sin evidencia microscópica de lesión y por lo menos la disección de 17 ganglios, y menos de 6 positivos, actualmente hay 3 métodos para tratamiento de esófago distal o de unión esofagástrico que va ser esofagectomía transhiatal con anastomosis en cuello, esofagectomía vía toracabdominal procedimiento Irvor-Lewis iniciado en los años de 1970, y la esofagectomía proximal

con gastrectomía total. **Reporte del caso:** Se seleccionó un paciente masculino de 43 años, antecedentes ERGE, hernia hiatal, IMC menor 35, dieta alta en grasas, tabaquismo y alcoholismo ocasional, tenía diagnóstico de ERGE desde hace 4 años con diagnóstico en su primera endoscopia Esófago de Barret, el cuadro clínico que presentaba en un inicio pirosis que avanzó a disfagia por lo que se realiza endoscopia enero 2008 reportando lesión sospechosa de malignidad por encima de la UGE, a la cual se le toma biopsia resultando adenocarcinoma de esófago no infiltrante, paciente aparentemente buen estado de salud, se solicita serie esofagastroduodenal observando tumor intratorácico aprox 7-8 de la unión esofagogastrica, TAC de Tórax y Abdomen se observa tumor intramural con disminución parcial de la luz no metástasis, no ganglios paraórticos, con reforzamiento al medio de contraste. Con estos datos recopilados se realiza esofagectomía transhiatal vía abdominal con ascenso gástrico y anastomosis esófago-gástrico a nivel cervical, con piloroplastia y yeyunostomía tipo Stamm profiláctica; el procedimiento quirúrgico se realiza a nivel privado en el hospital OCA Monterrey en enero de 2008. Los resultados fueron favorables, paciente es dado de alta antes de los 10 días alimentado en un principio por yeyunostomía y al 14 día por vía oral, no presenta complicaciones transoperatoria de hemorragia o neumotórax y postoperatorios como fuga de anastomosis, el tiempo quirúrgico fue de 5 horas, la calidad de vida a medio año es bueno, reporte de patología resección con bordes libres R0, tumor no invade la lámina propia. **Conclusiones:** El adenocarcinoma de esófago es de las enfermedades que va en aumento en frecuencia en nuestro medio por la alta prevalencia ERGE se han descubierto mejores técnicas diagnósticas y escrutinios de la enfermedad, sobre todo si se avanza esófago de Barret el tratamiento quirúrgico en estadios I-II sigue siendo angular sin tratamiento neoadyuvante, se debe practicar en centros de alta concentración, y es preferible la técnica transhiatal a diferencia de transtorácica ya que tiene los mismos resultados a diferencia que hay menor morbilidad y mortalidad.

170

HERNIA PARAESOFÁGICA. INFORME DE UN CASO

Octavio Noriega Maldonado. Servicio de Cirugía General, Hospital General Zacatecas ISSSTE, Zacatecas Zac.

Introducción: La hernia paraesofágica es una patología poco frecuente que corresponde aproximadamente al 5-15% de todas las hernias hiatales que son tratadas quirúrgicamente. La hernia hiatal se divide en tres categorías: la tipo I es la hernia por deslizamiento; la tipo II es la hernia paraesofágica pura con la unión gastroesofágica intra-abdominal; y la tipo III es la hernia con componente mixto, uno por deslizamiento y otro paraesofágico. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor, hemorragia por úlcera gástrica, obstrucción y disnea, estos últimos causados por la distensión del estómago; existe, además, la posibilidad de vólvulos gástricos y necrosis hasta en 20% de los casos. Swanstron divide la disección del esófago distal en tres categorías: tipo I, en el cual el esófago descende fácilmente (30%); tipo II, definido como esófago corto, pero que desciende después de una buena disección mediastinal (50%); y finalmente la tipo III, en la que no se logra reducir, quedando la unión gastroesofágica por encima del diafragma (20%). La corrección o cierre de los pilares se realiza en el plano posterior al esófago para evitar que éste se desplace en sentido superior; además, si se realiza la aproximación en la parte superior, el tejido que se encuentra es más débil. En este caso será necesario la aplicación de material protésico de reforzamiento. La práctica de algún tipo de funduplicatura para finalizar el procedimiento se basa no sólo en la presencia de reflujo sintomático previo a la cirugía, sino también a que al finalizar el procedimiento quirúrgico, la unión gastroesofágica ha perdido sus puntos de anclaje en los ligamentos y membrana frenoesofágica, al igual que la pérdida del ángulo de His; por estas razones se complementa con una cirugía antirreflujo, ya sea una funduplicatura parcial o total, según lo permite la motilidad esofágica. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 33 años de edad con el antecedente de Funduplicatura Laparoscópica por reflujo gastroesofágico más hernia hiatal. Acude por dolor retroesternal punzante, pérdida de peso no cuantificada y disfagia intermitente. Se realiza serie esofagogastrica para evaluar cirugía previa encontrando una probable hernia paraesofágica con estómago intratorácico complementando en esa misma sesión radiográfica con una TAC toracoabdominal. Se somete a laparotomía en la que se evidencia la hernia paraesofágica, la cual se logra reducir vía abdominal, además de encontrar dehiscencia de funduplicatura previa y se procede a realizar plastia diafragmática con prolene del # 1; complementando con una funduplicatura de 360°. Además se coloca sonda de pleurostomía en quinto espacio intercostal izquierdo, la cual permanece por 48 horas, retirándola posterior a este lapso con expansión completa del pulmón izquierdo. Se egresa a las 72 horas del postoperatorio sin complicaciones. Una semana posterior presenta derrame pleural izquierdo el cual se logra evacuar mediante toracocentesis sin complicaciones. La radiografía de control seis meses posteriores a la intervención muestra el pulmón izquierdo completamente reexpandido. Y dos años posteriores a la inter-

vención quirúrgica se encuentra asintomático, en una escala Visick 1. **Conclusiones:** A diferencia de la hernia hiatal tipo I, los pacientes con hernia paraesofágica se manifiestan con síntomas de obstrucción gástrica. El dolor postprandial, la presión retroesternal y la disfagia son los síntomas más frecuentes, y usualmente se atribuyen a la compresión extrínseca del estómago sobre el esófago distal. Es una patología poco frecuente, para lo cual siempre está indicado el manejo quirúrgico, aun en pacientes asintomáticos, debido al potencial de desarrollar complicaciones que cursan con una alta morbilidad y mortalidad.

171

FÍSTULA ESOFAGOBRONQUIAL EN ADULTOS SECUNDARIA A PRESENCIA DE CUERPO EXTRAÑO. REPORTE DE UN CASO

Janett Caballero Jasso, Abascal AA, Vélez BE. Servicio de Cirugía General, Centro Médico Puebla IMSS, Puebla Pue.

Introducción: Una fístula por definición es una comunicación anormal entre dos superficies revestidas de epitelio. La fístula esofágica es una malformación congénita o complicación adquirida, siendo clasificada como: fístula traqueoesofágica, fístula broncoesofágica, fístula esofago-mediastinal, fístula anastomótica, fístula esofago-aórtica y fístula esofagopleural. Las fístulas esófago-bronquiales tienen una incidencia baja, las causas son varias: congénita, iatrogénica después de cirugía esofágica, trauma, barotrauma, neoplasias, radioterapia, infección, laceración por endoscopia, divertículos esofágicos y tuberculosis. La ingestión de cuerpos extraños es muy frecuente en la práctica médica habitual, la mayoría de los casos ocurren en niños, principalmente entre los 6 meses y 3 años. El esófago es el sitio del tubo digestivo en el que a menudo se detienen estos objetos; la posibilidad de que esto ocurra es directamente proporcional al tamaño del cuerpo extraño, éste tiende a detenerse en zonas esofágicas donde hay estrecheces anatómicas. Los signos y síntomas son progresivos: disfagia, odinofagia, dolor torácico, cervical o retroesternal, sialorrea y sensación de cuerpo extraño. Los síntomas respiratorios pueden ser resultado de la compresión de la tráquea por el cuerpo extraño. En cada caso, se debe de evaluar el tipo de objeto, condiciones del paciente y síntomas para decidir la actitud terapéutica más adecuada. De los cuerpos extraños ingeridos, 80 a 90% atraviesa el tubo digestivo y se elimina en forma espontánea; 10 a 20% requiere endoscopia y menos del 1% amerita cirugía. **Reporte del caso:** Femenino de 26 años de edad con antecedente de deglución de moneda a los 10 años de edad sin atención médica. Inicia su padecimiento con disfagia a sólidos y líquidos, accesos de tos con dificultad para expectorar, sialorrea y dificultad respiratoria leve. Valorada inicialmente por el servicio de Neumología, los estudios de imagen corroboran la presencia de cuerpo extraño, por lo que se decide realizar revisión endoscópica. Durante la revisión endoscópica los hallazgos fueron cuerpo extraño en esófago (moneda), estenosis esofágica de difícil extracción, fístula traqueoesofágica a 2 mm de la carina de aproximadamente 2 cm de longitud con tejido fibrótico, sin estenosis del esófago. Se decide manejo quirúrgico realizando toracotomía derecha con plástia esofágica y bronquial, así como segmentectomía apical derecha. Los hallazgos transoperatorios fueron fístula esofagobronquial derecha con neumonitis crónica apical, tejido fibroso, friable, orificio fistuloso longitudinal de aproximadamente 4 cm por debajo de la carina y a nivel del bronquio principal derecho, cuerpo extraño (moneda). Durante el postoperatorio inmediato fue manejada en UCI, posteriormente egresada al área de hospitalización por mejoría donde cursó con la presencia de fístula esofagopleural la cual fue manejada de manera conservadora con nutrición parenteral, antibioticoterapia y drenaje endopleural durante 6 semanas. Actualmente la fístula ha cerrado, se encuentra con adecuado estado funcional sin datos de disfagia ni trastornos respiratorios. **Conclusiones:** La fístula esofagobronquial es un padecimiento poco frecuente en adultos, generalmente se presenta en niños de manera congénita. De las múltiples causas de fístula esofagobronquial la ingestión de cuerpos extraños es rara. En la literatura mundial existe poca información acerca de la fístula esofagobronquial secundaria a la ingestión de un cuerpo extraño. La primera línea de tratamiento en estos casos es la extracción endoscópica, ante el fracaso de este procedimiento, está indicado el tratamiento quirúrgico. El cierre primario de la fístula en casos seleccionados puede evitar la necesidad de sustitución esofágica. Las complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico pueden ser manejadas de manera conservadora exitosamente.

172

FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA TRAUMÁTICA

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

Introducción: El propósito de presentar este caso clínico por trauma, por lo que dio lugar a la revisión de fístula traqueoesofágica, es transmitir a los compañeros Cirujanos jóvenes, la importancia de revisar en

forma adecuada una herida en cuello, para evitar posteriormente complicaciones que si además no se sospechan en tiempo adecuado y con el juicio para una mejor resolución del caso. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 37 años de edad, el cual sufrió herida en cuello por arma blanca, en estado de ebriedad, por lo que es atendido inicialmente por los paramédicos de la Cruz Roja. Sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. E.F. TA 110/70 mmHg FC 88x Fr 22 T 36.8 oC Conciente, con aliento etílico, SV normales. Cráneo sin lesión alguna. Cuello: Herida de aproximadamente 2 cm, cara anterolateral del lado izquierdo en tercio medio, transversa, con sangrado moderado, por lo que se explora la herida con anestesia local, la cual involucraba pláano profundo hasta músculo, sin observar lesión alguna en traquea. Tórax: Normolíneo. Sin anomalías a la auscultación, RScs ritmicos de buena intensidad. Resto normal. Exámenes de laboratorio: Hb 13.3 gr/dl, Leucocitosis de 11,000, plaquetas 250 000, TP 15 Segundos, TPT 31 Segundos bandas 0% Grupo O Rh. El paciente evoluciona estable en su postoperatorio inmediato, y al día siguiente dificultad para deglutar los líquidos, con cambios en su voz, por lo que se decide solicitar Rx de cuello, observándose pequeña fuga de material de contraste, fistula traqueoesofágica menor, continúa con su estado general bueno, sin fiebre. Su tratamiento siempre fue conservador sin deterioro alguno en su estado general. **Conclusiones:** En este paciente el cual sufrió traumatismo en cuello por herida por arma blanca, el cual comenzó a presentar Disfagia y enfisema subcutáneo, con cambio de voz, lo cual hizo sospechar el Diagnóstico de fistula traqueoesofágica, en el cual se realizó una esofagografía con bario, corroborando el diagnóstico, y que la sospecha se realizó ante los síntomas que refería el paciente, por lo que su manejo fue conservador, vigilando su estado general, el cual siempre estable, sin fiebre, sin datos de compromiso respiratorio. Que afortunadamente no hubo retardo en el diagnóstico, que cuando la hay tiene mal pronóstico para la supervivencia y por tratamiento fuera de tiempo. Las anomalías en las radiografías de tórax pueden ser variables y no deben dependerse de las mismas para hacer el diagnóstico. Ello se debe a que resultan de tres factores a) tiempo entre la perforación y el examen radiográfico, b) sitio de la perforación y c) integridad de la pleura mediastínica. El enfisema mediastínico requiere cuando menos 1 hora para desarrollarse y sólo se presenta en un 40%. La clave para la terapéutica óptima es un diagnóstico temprano. Lo importante en este paciente, fue estarlo vigilando clínicamente y con radiografías, manteniendo siempre un constante juicio clínico adecuado para óptimos resultados con el paciente.

173

ADENOCARCINOMA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA DIAGNOSTICADO COMO PSEUDOACALASIA

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

Introducción: Podemos definir el cáncer gastroesofágico como aquel adenocarcinoma localizado en el área comprendida entre el tercio inferior del esófago y la región subcardial del estómago. Este tipo de tumores han tenido un significativo incremento en su incidencia durante las últimas décadas, lo cual ha despertado un notable interés en la literatura mundial. Existen suficientes evidencias que sugieren que un importante número de estos tumores se originan en esófagos de Barrett lo cual hace necesario un adecuado seguimiento y tratamiento de estos pacientes, especialmente en aquellos con metaplasia intestinal y displasia. A pesar de las numerosas publicaciones al respecto el tratamiento de estas neoplasias aún es controvertido. La estratégica posición de la región gastroesofágica influye en la necesidad de definir adecuadamente el tipo de acceso requerido para cada lesión, la extensión de la resección y la linfadenectomía necesaria, dado que estas lesiones pueden tener drenaje hacia el tórax, el abdomen o hacia ambas cavidades. Este caso corresponde a una pseudoacalasia, término que se aplica para designar a las entidades con hallazgos clínicos, endoscópicos o aun manométricos que simulan acalasia, y que sin embargo corresponden a otro tipo de problemas.

Reporte del caso: Presentamos el caso de una paciente femenina de 73 años, que ingresa al servicio de cirugía general acudiendo a la consulta por presentar disfagia progresiva desde hace 4 meses, súbitamente disminuyó 30 Kg de peso. Atendida hace 2 meses en otro centro médico, le tomaron una radiografía que mostró dilatación del lumen esofágico y terminación del esófago en «punta de lápiz»; además un estudio endoscópico, cuyo informe señalaba el cardias normal y múltiples pólipos gástricos. Por lo cual se planteó el diagnóstico inicial de acalasia; sin embargo el nuevo examen endoscópico y las biopsias mostraron estenosis cardial secundaria a infiltración neoplásica. Posteriormente se realizó un nuevo examen endoscópico alto, observando estenosis anular a 38 cm de la arada dentaria, tejido estenótico, no permitió el avance del instrumento; se pasó una guía de alambre y se dilató lo que permitió el paso de un endoscopio pediátrico. La longitud de la estenosis fue de 4 cm, y estuvo constituida por tejido duro, friable, con aspecto infiltrativo; se realizó cepillado y se tomaron biopsias. El

informe del patólogo indicó la presencia de un adenocarcinoma de la unión esofagogastrica. Posteriormente de una terapia de nutrición y en exámenes de laboratorio en orden se realiza cirugía paliativa, realizando una esófago-yeeyuno-anastomosis, en donde se observó una estenosis completa de la unión gastroesofágica, la paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones postoperatorias, tolerando la vía oral a los 8 días de postoperatoria. **Conclusiones:** Podemos mencionar que clínicamente la pseudoacalasia se diferencia de la acalasia en tres puntos: los pacientes generalmente son mayores de 50 años, la historia de disfagia es relativamente reciente y se acompaña de una importante baja ponderal en este corto periodo de tiempo. El 50% de los casos de pseudoacalasia corresponde a adenocarcinoma de la unión esofagogastrica, como en el presente caso, en el que las células neoplásicas invaden los plexos mientéricos del esófago. Por otro lado, 5% de todos los diagnósticos de acalasia con sustento endoscópico y manométrico van a corresponder a pseudoacalasia. La pseudoacalasia puede ser producida por un cáncer infiltrativo cardial o gástrico, la infestación esofágica por *Tripanosoma cruzi* (Enfermedad de Chagas), síndromes paraneoplásicos, o por la probable liberación de sustancias que alteran la actividad esofágica, entre otros. La morbilidad quirúrgica más frecuente en la esofagectomía fue la fistula cervical que ocurrió en el 30%. En las gastrectomías totales fue la fistula de la anastomosis esofagoyeyunal se presentó en el 10% de las anastomosis hechas manualmente, y en el 2% de las anastomosis mecánicas. La sobrevida a 5 años según el tipo de tumor, fue de 18% para los tumores tipo I, 22% para el tipo II, 30% para el tipo III y 0% para el tipo IV. Por lo tanto es importante recalcar en la importancia de plantear diagnósticos diferenciales.

174

SÍNDROME DE BOERHAAVE. REPORTE DE UN CASO

Ary Zarate Soria, Flores NR, Solís SV, Schcolnik CM, Agundez MJ, Álvarez VAS. Servicio de Cirugía General, Hospital General Juan María de Salvatierra SSA, La Paz B.C.S.

Introducción: Síndrome descrito por primera vez en 1724 por Herman Boerhaave. Se caracteriza por una perforación esofágica transmural que frecuentemente está asociada al vómito. Se presenta con mayor frecuencia en el tercio inferior, a 2-3 cm de la unión gastroesofágica. Se relaciona con los aumentos bruscos en la presión intraabdominal y con la hernia de hiato. Es más frecuentemente observado en pacientes alcohólicos o que abusan de la comida. Se trata de un síndrome relativamente raro pero con un alto índice de mortalidad (35%) y es considerada una de las perforaciones del tracto digestivo de peor pronóstico. Los síntomas son vómitos, dolor torácico y enfisema subcutáneo cervical. Sin embargo, rara vez esta triada se presenta completa y a menudo el único síntoma es el dolor abdominal. En general no se observa hematemesis después de la ruptura, lo que permite diferenciar este síndrome del desgarro de Mallory-Weiss. El diagnóstico es clínico acompañado de un alto índice de sospecha y radiológico, observándose neumomediastino y neumotórax. El esofagograma con contraste hidrosoluble establece el diagnóstico de certeza. El tratamiento es quirúrgico, generalmente por vía transtorácica y debe realizarse lo más tempranamente posible. **Reporte del caso:** Masculino de 27 años de edad, originario de Sinaloa, licenciado en derecho y piloto aviador como profesión. Sin antecedentes familiares de importancia. Antecedentes personales negados. Inicia su padecimiento 30 minutos previos a su ingreso al servicio de urgencias, cuando al encontrarse ingeriendo alimento presenta disfagia y odinofagia ocasionalmente reflejo nauseoso importante y arqueo intenso en repetidas ocasiones sin llegar al vómito. Acompañado de dolor retroesternal de inicio súbito a nivel de tercio medio, tipo opresivo, con una intensidad de 10/10, diaforesis y palpitaciones. El dolor cedió unos minutos después refiriéndose a nivel abdominal con predominio en epigastrio, tipo opresivo, caracterizándose por no tolerar el decúbito ya que éste ocasionaba incremento en el dolor. Vitales a su ingreso de TA 130/80, FC 100, FR 18, T 36.8. A la exploración cuello con aumento de volumen, crepitaciones a la palpación. Tórax con amplitud y amplexación presente y simétrica, claro pulmonar a la percusión, murmullo respiratorio presente sin agregados a la auscultación. Ruidos cardíacos ritmicos de buena intensidad, no soplos. Abdomen sin distensión, resistencia muscular a la palpación, sin peristalsis. Hb 14.9, HTO 43.5, leucos 26.82, neutrófilos 21.4, linf 3.35, Na 142, K 3.1, Cl 102, dimero D 4. EKG con taquicardia sinusal, eje sin desviaciones, onda T invertida en cara diafragmática, AP de cuello con enfisema subcutáneo, tráquea central. Tele de tórax con empastamiento de hilios. Se decide su ingreso a terapia intensiva, se toma tórax portátil observándose derrame pleural izquierdo. Se realiza esofagograma con material hidrosoluble donde se observa fuga de material de contraste a nivel de tercio distal hacia mediastino y cavidad torácica izquierda. Treinta y seis horas después de iniciado el cuadro se decide toracotomía posterolateral izquierda, encontrando 100 cc de material purulento con fibrina el cual se drena identificando orificio esofágico epífrénico de 1.5 cm de diámetro, se limpia y desbrida realizando cierre primario más aplicación de

parche pleural, se colocan tubos de toracostomía anterior y posterior en espacio pleural y sonda nélatón como drenaje mediastinal. Actualmente el paciente continúa hospitalizado presentando una evolución favorable. **Conclusiones:** El diagnóstico precoz es importante para asegurar un tratamiento adecuado y evitar complicaciones como son la mediastinitis, sepsis y choque que frecuentemente se asocian a la enfermedad. Sin embargo el diagnóstico por lo general se retrasa debido a la inespecificidad del cuadro, además los hallazgos radiológicos no son aparentes en las primeras horas. Si el tratamiento se retrasa más de 24 horas después de producirse la ruptura la mortalidad asciende al 50% y si el retraso es de 48 horas hasta el 90%.

175

ASCENSO GÁSTRICO RETROESTERNAL

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

Introducción: Existen diferentes órganos que pueden ser utilizados para sustituir el esófago; el estómago, el colon y yeyuno son los más utilizados. La elección del órgano depende de diferentes factores, el estómago es el que tiene mejor irrigación, implica una sola anastomosis, generalmente en cuello, favoreciendo un mejor control de filtración anastomótica en caso de estar presente, una limitante es la longitud del mismo, el reflujo duodenogástrico puede condicionar a estenosis de la anastomosis. El reflujo está presente probablemente debido a denervación pilórica y a la poca porción de estómago intraabdominal, además se ha demostrado que el 40 al 50% de los pacientes sometidos a ascenso gástrico presentan disfagia debido a que el estómago pierde la capacidad de reservorio. La transposición colónica permite tener un órgano con mayor longitud, no puede ser utilizada cuando está presente enfermedad diverticular o colitis, además de que la irrigación puede estar más comprometida, una ventaja es que tiene menor proporción de disfagia, así como de reflujo duodenogástrico. **Reporte del caso:** Femenino de 63 años de edad, antecedente de importancia, transfusiones positivos, Diabetes Mellitus en tratamiento con hipoglucemiantes orales, resección de malformación arteriovenosa parieto-occipital derecha hace 17 años, alcoholismo y tabaquismo intenso suspendidos hace 1 año. En marzo del 2007 tuvo perforación esofágica por cuerpo extraño a 3 cm de la unión esofagogastrica por lo que se realizó Esofagectomía + Esofagostomía proximal + gastrostomía, ingresó programada para ascenso gástrico. Durante su estancia con perfil nutricional normal, TAC toracoabdominal normal, AngioTAC abdominal para valoración de colon y estómago para ascenso gástrico o transposición colónica sin alteraciones, colon por enema sin enfermedad diverticular. Se realizó ascenso gástrico retroesternal con esofagogastroanastomosis a nivel de cuello colocando un penrose a este nivel. Presentó neumotórax izquierdo colocándose sonda pleural sin complicaciones, retirada al tercer día, con NPT (nutrición parenteral total) posterior a cirugía. Se realizó al séptimo día postoperatorio faringoesofagograma con medio de contraste hidrosoluble con evidencia de fuga mínima a nivel lateral de la esofagogastranastomosis, se dio manejo médico con ayuno y se continuó la NPT, presentó cierre de la fistula a los 20 días de postoperatorio, se realizó nuevo faringoesofagograma sin datos de fuga, se inició la vía oral tolerada adecuadamente, siendo egresada de nuestro servicio sin complicaciones posteriores. **Conclusiones:** La sustitución del esófago representa un gran reto para el cirujano, se deben tomar en cuenta diferentes factores como lo son la cantidad de esófago residual, la etiología y nivel de la perforación así como las condiciones de los órganos disponibles para la sustitución esofágica. El manejo de una filtración anastomótica a nivel de cuello puede ser conservador en caso de que se tenga un drenaje por donde se exteriorice el material fugado y una vía de alimentación como puede ser una yeyunostomía o NPT. La filtración anastomótica a nivel de tórax pueden provocar una mediastinitis severa, con empiema asociado o sin él, las presiones intratorácicas negativas facilitan la diseminación del material contaminante después de la ruptura mecánica de una anastomosis y si esta última contiene mucosa productora de ácido, el riesgo de lesión aumenta. La tasa de mortalidad global después de una filtración anastomótica varía entre menos del 10% hasta el 30% en la mayoría de las series.

176

PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR AGUJA DE SASTRE

Renato Corro Díaz, Noriega MO, Gutiérrez MF, Vargas LLR, López GC, Salgado DBA. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Zacatecas SSA, Guadalupe Zacatecas

Introducción: La perforación del esófago constituye una emergencia real. De manera muy común se presenta tras procedimientos diagnósticos o terapéuticos. La perforación espontánea o síndrome de Boerhaave es la

causa de sólo 15% de los casos de perforación esofágica, los cuerpos extraños causan 14% y los traumatismos 10%. El dolor es un síntoma constante y marcado que sugiere de manera casi invariable la presencia de una rotura del esófago, en particular cuando se localiza en la región cervical tras un procedimiento que implica el uso de instrumentos o en la región retroesternal en un paciente con antecedente de vómito persistente. El Diagnóstico es más probable si se presenta enfisema subcutáneo. Cuando la radiografía de tórax de un paciente con perforación esofágica muestra aire o derrame en el espacio pleural, a menudo se comete el error de diagnosticar neumotórax o pancreatitis. El aumento de la concentración sérica de la amilasa por fuga de saliva a través de la perforación podría contribuir al diagnóstico. La presencia de cuerpos extraños en el tracto digestivo superior y de forma exclusiva en el esófago es una entidad frecuente en la urgencia diaria de un hospital general. Dependiendo del tipo de ingesta de cuerpos extraños, se clasifican en pacientes con ingesta voluntaria y con ingesta accidental. Consideramos el cuerpo extraño esofágico como una urgencia inmediata, que nos obliga a actuar de forma rápida para evitar complicaciones porque el mismo puede enclavarse, por la técnica de la extracción que se dificulta después de varias horas y por edema, secundario a la acción del cuerpo extraño sobre la pared del esófago. La disfagia es un síntoma que asusta y debilita al paciente, además indica al médico la obligación de prestar atención a la vía digestiva superior de forma inmediata. El Endoscopista no puede realizar la extracción, porque una vez impactado en el esófago es difícil que progrese; el edema por el trauma local tiende a adherirlo más firmemente y la presión que se ejerce sobre la mucosa lleva a la necrosis. En estos casos se realiza esofagotomía y extracción del cuerpo extraño. **Reporte del caso:** Masculino de 52 años, soltero, de oficio comerciante. Antecedente de alcoholismo y sin otros antecedentes de importancia. Ingresó siete días después de haber iniciado su padecimiento que se caracterizó por dolor de inicio súbito en región cervical y retroesternal tras la ingesta de «un chicharrón» de cerdo, además presentó aumento de volumen progresivo de cuello hasta llegar a presentar dificultad respiratoria y fiebre e intolerancia a la vía oral. Su presión arterial 120/80 mmHg, frecuencia cardiaca 26x', frecuencia respiratoria 90x', Temperatura 38 grados Celcius. A la exploración física se encuentra paciente de edad aparente mayor a la cronológica, en semifowler, facies respiratoria, inquieto, deshidratado, sin cianosis, cavidad oral con limitación en su apertura, protrusión lingual, adoncia, cuello con aumento de volumen en toda su extensión, rubor, calor y enfisema subcutáneo que se extiende hasta tórax superior. Voz apagada. Tórax con movimientos respiratorios normales, murmullo vesicular disminuido, con rudeza respiratoria, sin integrar síndrome pleuropulmonar. Ruidos cardíacos normales con la taquicardia. Abdomen y extremidades sin datos anormales. Laboratorios a su ingreso tiempo de protrombina 12.1", INR 0.96, tiempo parcial de tromboplastina 31", glucosa 895 mgs/dl, nitrógeno ureico 87, Cr 2.9, sodio 146 mEq/l (corregido 162 mEq/l), potasio 5.42 mEq/l, cloro 107.6 mEq/l, gasometría pH 7.29, pO₂ 72.2, pCO₂ 23.8, Sat O₂ 72.2, HCO₃ 11.7. Una placa cervical lateral que muestra aumento de espacio retrofaríngeo que compromete vía aérea además de una imagen en forma de aguja a nivel de tercio superior de esófago. Una TAC que revela gas en cuello que diseca espacios parafaríngeos submandibular, carotídeo, muscular y prevertebral además de edema y aparente colección purulenta que se extiende hasta mediastino superior. Se inicia manejo para estado hiperosmolar e insuficiencia prerrenal y doble esquema antimicrobiano. Se realiza drenaje quirúrgico de cuello y de mediastino superior más traqueostomía; encontrándose material purulento, fétido de 80 mililitros aproximadamente, material necrótico en músculos del cuello y absceso que diseca hasta el mediastino superior y desplaza elementos musculares y tráquea; además del esófago friable. No es posible localizar aguja. Se dejan 3 drenajes sartorios: hacia retrofaringe, mediastino superior y peritraqueal. En un segundo tiempo se realiza extracción de cuerpo extraño por endoscopia obteniéndose una aguja de 5 centímetros, se realiza endoscopia, por la que se extrae cuerpo extraño (una aguja de sastre de 4 cm). Un esofagograma que muestra fuga de medio de contraste en esófago cervical. El paciente fallece 36 horas posterior al drenaje por falla orgánica secundaria al proceso séptico originado por ruptura de esófago. **Conclusiones:** En el presente caso debido al inusual presentación de la ruptura esofágica el paciente tardó prácticamente una semana en acudir a atención médica, consideramos así el tiempo como parte primordial para el pronóstico de estos pacientes. Así que la mortalidad general reportada para el manejo de la perforación esofágica es de 10 a 25% cuando se atiende dentro de las primeras 24 horas después de la perforación, pero se eleva hasta 40 a 60% si el tratamiento adecuado se retrasa más de 48 horas. Alcanza una mortalidad entre 90 y 100% si no hay tratamiento. La perforación esofágica es una urgencia frecuente, con un pronóstico seriamente grave pero potencialmente modificable con una identificación y tratamientos oportunos. Aun cuando el diagnóstico se hubiera hecho con mayor anticipación en este paciente, su evolución de 7 días ya pronosticaban un desenlace mortal. El documentar este caso ayuda al cirujano general a prender una luz de alerta y recordar siempre que debe indagar con agudeza ante el mínimo indicio de perforación esofágica ya que se pueden salvar vidas.

MÓDULO: GLÁNDULAS SUPRARRENALES

177

PARAGANGLIOMA DEL ÓRGANO DE ZUCKERKANDL POSTERIOR A SUPRARRENALECTOMÍA ANTERIOR IZQUIERDA POR FEOCROMOCITOMA. REPORTE DE 1 CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Francisco Bevia Pérez, Velázquez GJA, Delgadillo TGH, Serrano GI, Galindo ML, Servín TE, Cervantes CJ, Marmolejo EJ, Ortiz de la Peña SID, Piscil SMA, López HA. Servicio de Cirugía General, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza IMSS, México DF.

Introducción: El órgano de Zuckerkandl (O de Z) es un complejo de tejido cromafín localizado por debajo del origen de la Arteria Mesentérica Inferior y por arriba de la bifurcación de las arterias iliacas, productor de norepinefrina representando tejido accesorio del sistema nervioso autónomo, por lo que existe la posibilidad de que se desarrollen tumores productores de catecolaminas a partir de estas estructuras. Se han reportado al menos 135 casos a nivel mundial de este tipo de neoplasias. Los paragangliomas constituyen una de las causas quirúrgicas de hipertensión arterial. La presentación clínica de este tipo de tumores varía dependiendo de su funcionalidad, pudiéndose manifestar con cefalea, palpitaciones y diaforesis, y, en algunos casos debutar como accidentes vasculares cerebrales. Sin embargo el signo más común es la hipertensión. La cirugía representa la piedra angular en el tratamiento de estas lesiones. Este reporte informa del caso de una paciente que fue sometida a cirugía por feocromocitoma suprarrenal izquierdo y que después de 18 meses de seguimiento recae con hipertensión arterial descubriendo una lesión interaortocaval que resulta una tumoración del Órgano de Zuckerkandl. **Reporte del caso:** Paciente femenina de 22 años de edad, soltera, estudiante, con carga genética para Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, portadora de dislipidemia. Es enviada a la consulta de cirugía general por padecimiento de inicio a los 19 años de edad, al presentar hipertensión arterial no refractaria a tratamiento (prazocin, hidralazina, propanolol, nifedipino, losartan) presentando crisis hipertensivas, se realiza protocolo de estudio con catecolaminas en orina con Norepinefrina 1144 mcg/24 hrs, ácido vanillilmandélico en orina 18.2 mg/24 hrs. MIBG-131-I: Incremento anormal en concentración en glándula suprarrenal izquierda, encontrando feocromocitoma izquierdo, motivo por el cual es intervenida quirúrgicamente en enero de 2005 realizándose suprarreñectomía anterior izquierda. Evoluciona en forma satisfactoria presentando sintomatología adrenérgica en diciembre 2006 y reinicio y ajuste de antihipertensivos administrándose a dosis máximas. Se envía de nueva cuenta a la consulta de cirugía general por crisis hipertensivas. Se inicia protocolo de estudio con TAC abdominalpélvica donde se encuentra ausencia (quirúrgica) de glándula suprarrenal izquierda, derecha de características normales. Tumoración longitudinal interaortocaval, heterogénea, que desplaza vena cava hacia la derecha, muy vascularizada con reforzamiento de hasta 120 UH, bordes bien definidos, ligeramente irregulares, con dimensiones de 50 x 43 x 95 mm en eje transversal, anteroposterior y longitudinal. Se programa para Laparotomía exploradora el 17 de julio de 2007. Se encuentran como hallazgos: tumor retroperitoneal de 10 x 5 cm aprox. intercavaoártico encontrándose de arteria mesentérica inferior a bifurcación aórtica. Se reseca la totalidad de la lesión, cerrándose retroperitoneo. La paciente evoluciona en el postoperatorio de forma satisfactoria con disminución de medicamentos antihipertensivos con tolerancia adecuada a la vía oral. El reporte de patología concluyó paraganglioma. El examen microscópico con Células cromafínes, tabiques de tejido fibrovascular, patrón trabecular de «Zellballen», nidos de células estelares para proteína S-100, representan células de sostén. Se da seguimiento por la consulta externa al mes ya sin toma de antihipertensivos. Se ha seguido por 8 meses sin evidencia de recurrencia de la lesión o enfermedad metastásica. **Conclusiones:** Los tumores de los Órganos de Zuckerkandl son raros, producen sintomatología por liberación de catecolaminas a la circulación. El tratamiento de elección es la cirugía para resección de la lesión aunque la recurrencia o metástasis se reporta en 8 hasta 40% incluso con márgenes de resección libres.

178

SÍNDROME DE CONN

Sergio Salvador Chávez Acevedo, Eguiza FS, Cruz LN. Servicio de Cirugía General, Hospital Integral de Nuevo Ideal Durango SSA, Durango Dgo.

Introducción: El aldosteronismo primario (AP) es un síndrome que se produce como resultado de una hipersecreción autónoma de aldosterona, en la mayoría de las formas la producción es en glándula adrenal por un adenoma primario unilateral o por hiperplasia de la glándula. El AP como causa de hipertensión arterial tiene una frecuencia menor de 0.5%; en diferentes series publicadas se reporta desde un 0.05% a un 0.2%. En la experiencia del Hospital General de Cuernavaca fue el primer caso reportado en los últimos 10 años. Este tipo de enfermedad se

presenta en pacientes entre la cuarta y sexta década de la vida, es más frecuente en mujeres que en hombres. La presentación clínica es hipertensión, hipocalcemia, excreción urinaria aumentada de potasio, hipernatremia y alcalosis metabólica. **Reporte del caso:** Se presentó paciente que cuenta con historia de hipertensión de 5 años de evolución en tratamiento con 25 mg de captopril al día y furosemide 20 mg cada 8 horas. Su evolución clínica se presenta por epistaxis, la cual no cede durante aproximadamente 2 horas y media, náusea llegando al vómito, lo que motivó la toma de tensión arterial siendo al inicial de 180/130 mmHg durante las tres horas siguientes a pesar de la medicación vía oral persiste con tensión arterial de 190/160 mmHg, por lo que se decide su ingreso para control de tensión arterial y etiología de la misma pensando en causa secundaria por la edad de la paciente. Se toman estudios paraclínicos los cuales como único dato anormal se reporta hipocalcemia de 2.1, resto de exámenes dentro de parámetros normales. La clave del diagnóstico fue la sospecha clínica, la sospecha fue más allá de los resultados obtenidos ya que la determinación de electrolitos urinarios realizados se reportó dentro de parámetros normales, lo que obligó a determinar aldosterona la cual también se reporta dentro de límites normales, no fue posible la determinación de renina plasmática. Los estudios de imagen determinan la presencia de neoplasias en glándula adrenal siempre y cuando sean de 1.0 cm de diámetro por lo menos. La TAC fue el estudio que determinó la tumoración en glándula adrenal derecha que provocó la evolución clínica de esta paciente. Se realizó el abordaje quirúrgico por la vía anterior debido a la posibilidad de inspeccionar, palpar y si hubiera la posibilidad de tomar biopsias el procedimiento se inicia con el paciente en posición en supina con la preparación de la piel de la parte inferior del tórax y el abdomen bastante hasta los flancos y tercio medio de ambos muslos con soluciones yodadas, se colocaron campos estériles de la forma habitual, se incide tipo subcostal con previa hemostasia de vasos bajo diatermia se aborda cavidad, se puede cortar y ligar entre pinzas hemostáticas el ligamento falciforme del hígado, se realiza lisis de los ligamentos hepato-cólico, hepato-duodenal y hepato-gástrico; para exponer la suprarrenal derecha se inicia con la maniobra de Kocher clásica, después de cortar el peritoneo de la parte externa del duodeno se moviliza mediante disección roma con el dedo índice bajo la cabeza del páncreas, se expone entonces la vena cava inferior en su posición posterior a la segunda porción del duodeno se despeja para descubrir la vena renal derecha, se debe identificar la vena suprarrenal derecha, ésta sale del borde craneal y penetra en la cava en su cara posterior inmediatamente se pinza y se ligan con seda 2-0, se labora sobre bordes interno e inferior de la glándula y se liga la arteria principal o las accesoria recordando que la glándula está irrigada por arriba de las ramas de la arteria diafragmática inferior, por su parte media rama de la aorta, y por abajo ramas de la arteria renal, se extrae por último la glándula suprarrenal el cierre debe ser en forma usual, en el postoperatorio es importante la vigilancia de la tensión arterial constantemente y de su estado hemodinámico. **Conclusiones:** Hipertensión arterial es un capítulo importante en la práctica clínica del médico independientemente de su especialidad, pero tomar en cuenta que existen otras causas de la misma y que el tratamiento de estas últimas varía dependiendo de su origen. En este caso la crisis hipertensiva, auxiliada de exámenes de laboratorio iniciales marcó la pauta para diagnóstico de esta causa de hipertensión poco frecuente, y que en pocos casos el tratamiento quirúrgico termina en la curación de la paciente. Por lo general el tratamiento es definitivo y no requieren de manejo antihipertensivo y la calidad de vida mejora considerablemente.

179

ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA IZQUIERDA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE CUSHING E INCIDENTALOMA HIPOFISARIO

José Román Tenorio Hernández. Servicio de Cirugía General, Hospital Central SSA, San Luis Potosí S.L.P.

Introducción: El síndrome de Cushing es una indicación poco frecuente de suprarreñectomía. La indicación suele corresponder a un adenoma suprarrenal productor de cortisol, adenocarcinoma suprarrenal, o hiperplasia suprarrenal (síndrome de Cushing). La adrenalectomía convencional abierta plantea un reto especial en los pacientes con síndrome de Cushing ya que tienen una pobre cicatrización, la pared abdominal es excesivamente laxa, son obesos y tienen patología musculoesquelética asociada al mismo síndrome, lo que los hace candidatos a técnicas quirúrgicas menos invasivas. **Reporte del caso:** Femenina 35 años de edad con padecimiento actual de 1 año y medio de evolución con aumento de volumen en parte anterior de cuello, posteriormente con edema de MSLs, astenia, adinamia, con dolor a nivel lumbar irradiando a región sacra intenso, repercutiendo en movimientos lentos, con obesidad central: giba dorsal, grasa en cojinetes supraclaviculares, hirsutismo y facies de cara de luna llena, edema de muñecas. Sin alteraciones del ritmo menstrual. EF: TA = 130/100, FC 82x', FR 16x', Peso: 84 kg, Talla: 1.66 mts, IMC = 30.54%, Temp = 36.5°C. Los exámenes de

laboratorio se reportan dentro de parámetros normales sólo con cortisol libre urinario (CLU) = 222 ug/24hrs. Con el diagnóstico de hipercortisolismo acude para localización del origen de éste, realizándose prueba de supresión con dexametasona (8 mg-nocturno 23 hrs): ACTH basal = 5 pg/mL, ACTH post-E = 8 pg/mL, Cortisol basal = 25.4 ug/dl y Cortisol post-dexa = 26.2ug/dl. Interpretación: ACTH suprimida, sugiriendo por lo tanto origen suprarrenal (No dependiente de ACTH). Se confirma con prueba larga de supresión con dexametasona (0.5 mg c/6 hrs x 2 días), con hipercortisolismo y ACTH suprimida. Se realiza TAC de suprarrenales con cortes finos simple y contrastada encontrando tumoración dependiente suprarrenal izquierda de 3 x 2.5 x 2.5 cm, con densidad de 38 U.H., no calcificada. TAC de Hipofisis con microadenoma de 6.1 mm de diámetro. IRM de Silla Turca: Aracnoidocele intrasellar con discreta compresión de techo hipofisiario. Se ingresa a nuestra institución, Hospital Central «Dr. Ignacio Morones Prieto» de San Luis Potosí el 17 de Febrero del 2008 con el diagnóstico de Adenoma Suprarrenal izquierdo y Síndrome de Cushing, realizándose adrenalectomía izquierda por vía laparoscópica con 3 puertos, identificándose y resecándose glándula suprarrenal de 4 x 3.5 x 3 cm, con evolución postquirúrgica adecuada y egreso a los dos días posterior a su intervención quirúrgica, con ligera hipertensión sistólica (140/90), en tratamiento médico conjunto por parte del servicio de Endocrinología. El reporte Histopatológico de adenoma suprarrenal izquierdo. **Conclusiones:** La adrenalectomía laparoscópica debe ser considerada el procedimiento de elección para el tratamiento quirúrgico de las enfermedades adrenales benignas. En los casos de malignidad parece una técnica prometedora. Aunque se ha relacionado siempre la cirugía laparoscópica con una mayor duración de la intervención, la adrenalectomía laparoscópica presenta un tiempo cuando menos comparable al del abordaje abierto, y además tiene todas las ventajas de la cirugía laparoscópica (menor estancia hospitalaria, menor tiempo de convalecencia, menor dolor postoperatorio, etc.). La única premisa para realizar este tipo de intervención es un cirujano con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada y un buen conocimiento de la anatomía de la glándula adrenal.

180

ADENOMA CORTICAL SUPRARRENAL IZQUIERDO: REPORTE DE UN CASO

Ignacio Serrano Galeana, Velázquez GJA, Bevia PF, Delgadillo TGH, Marmolejo EJ, Servín TE, Lara OJL, Ortiz de la Peña SD, Angulo FA, Albores RN, Apaéz AN. Servicio de Cirugía General, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza IMSS, México D.F.

Introducción: El adenoma cortical suprarrenal (ACS) es una neoplasia benigna cuyos síntomas se atribuyen al exceso en la secreción hormonal carente de control por los mecanismos normales de retroalimentación. Por lo general, un adenoma cortical no rebasa los 5 cm de diámetro y pesa menos de 100 gr. Es posible encontrar cierto polimorfismo celular y necrosis tumoral, pero las células casi siempre son homogéneas y blandas, con poca actividad mitótica. La mayoría de los ACS no son funcionantes, por lo que suelen encontrarse como lesiones incidentales en las autopsias. Algunos residen en la corteza, otros aparecen en la médula y otros protruyen bajo la cápsula. Algunos pocos adquieren un tamaño considerable y muestran áreas de hemorragia, degeneración quística y calcificaciones. La cápsula puede estar mal definida y faltar en algunas zonas. Es difícil distinguir un adenoma de un carcinoma, los cuales generalmente corresponden con tumores mayores de 6 cm que ocasionan síndromes suprarrenogenitales. El tratamiento en cualquiera de los casos es principalmente quirúrgico. **Reporte del caso:** Femenino de 40 años de edad, con antecedentes familiares de hipertensión arterial únicamente. Alérgica a penicilina, sin enfermedades crónico-degenerativas. Inicia su padecimiento 4 meses previos, con dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho y dolor lumbar derecho, acompañado de sensación de plenitud postprandial inmediata, así como alteraciones en sus ciclos menstruales durante los últimos 8 meses previos al cuadro clínico. Acude a facultativo encontrándole a la exploración física tumor palpable en mesogástrico, no desplazable, fijo a planos profundos, con dolor en hipocondrio izquierdo sin datos de irritación peritoneal. Se solicita USG y TC las cuales reportan crecimiento tumoral en retroperitoneo. Se programa para laparotomía exploratoria, encontrándose la presencia de un tumor de aproximadamente 13 x 10 cm localizado en retroperitoneo dependiente de glándula suprarrenal izquierda, por arriba del cuerpo y cola del páncreas, medial al bazo, por detrás del estómago y adherido a la aorta. Se reporta estudio definitivo de histopatología concluyente de adenoma cortical suprarrenal izquierdo. **Conclusiones:** Los adenomas suprarrenales generalmente son tumores pequeños y pueden cursar asintomáticos. El caso presentado anteriormente tiene importancia clínica debido al gran tamaño del tumor para el tipo histológico, cuya sintomatología era atribuida sobre todo al efecto de masa comprimiendo el tubo digestivo, además de que éste es el primer caso en nuestro hospital en el que se presenta un tumor de estas características, que como sabemos corres-

ponderían más con un adenocarcinoma cortical suprarrenal, sin embargo en el estudio histopatológico del tumor nos damos cuenta que sus características clínicas no corresponden con el tipo histológico. La paciente evoluciona adecuadamente sin complicaciones ni recidivas con lo que se demuestra que el tratamiento del ACS es quirúrgico mediante la resección completa del tumor.

181

PARAGANGLIOMA INTERCAVOAÓRTICO. REPORTE DE UN CASO

Karina Sánchez Reyes, Sánchez FP. Servicio de Cirugía Aparato Digestivo, Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI, IMSS, México D.F.

Introducción: El feocromocitoma, «el gran simulador» puede generar signos y síntomas compatibles con otras enfermedades (hipertiroidismo, diabetes mellitus, enfermedad mental, eclampsia). Aunque la hipertensión es el signo más prominente, muchos pacientes tienen síntomas o signos asociados como cefalea, palpitaciones y diaforesis. **Reporte del caso:** Femenino de 22 años con cefalea, mareo, náusea, vómito ocasional de 6 meses de evolución, tratada como infección parasitaria sin mejoría clínica. Se agregó diaforesis diurna y los síntomas se exacerbaron por lo que se refirió a un tercer nivel de atención. A su ingreso con tensión arterial de 150/100, frecuencia cardíaca de 100x, taquipnea, afebril, con diaforesis, rubicundez, adecuado estado de hidratación, área cardiaca con ruidos de buena intensidad, rítmicos; área pulmonar sin compromiso. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin visceromgalias, peristalsis presente. Radiografía simple de tórax y abdomen normales. Ultrasonido abdominal con imagen hiperecogénica intercavoaórtica, a nivel de T12 – L1, de aproximadamente 12 cm de diámetro mayor. Tomografía computada de abdomen con lesión hiperdensa de 14 x 10 cm, intercavoaórtica, suprarrenal, sin otras lesiones ni crecimientos ganglionares. Exámenes de laboratorio: biometría hemática normal, química sanguínea con glucosa 175 mg/dl, urea 45 mg/dl, creatinina 1.5 ml/dl. Sodio 142 mEq/L, potasio 3.2 mEq/L, cloro 109 mEq/L. Pruebas de función hepática normales. Electrolitos urinarios normales. Catecolaminas urinarias: epinefrina 129 pg/ml, norepinefrina 680 pg/ml, dopamina 179 ug/ml. Metanefrinas 2.6 mg/dl. Se inició manejo con fonoxibenzamina 40 mg c/12 hrs VO, propanolol 10 mg c/hrs VO como manejo postoperatorio. Se realizó laparotomía exploradora con resección de paraganglioma sin complicaciones. Estado postoperatorio inmediato en terapia intensiva y posteriormente en hospitalización. Evolución satisfactoria con tolerancia a la vía oral; manejo adecuado de la hipertensión con ingesta únicamente de sosten de propanolol 10 mg c/12 hrs VO. Egreso con buena evolución. **Conclusiones:** Con un morbilidad menor del 20% y mortalidad menor del 2%, la mayoría de las intervenciones quirúrgicas por feocromocitoma o paraganglioma son exitosas. La diferenciación histológica entre neoplasias benignas y malignas es casi imposible. El seguimiento debe ser a largo plazo, 5 años con una sobrevida del 90% para problema benigno y 50% en caso de malignidad. El control debe ser anual con determinación de catecolaminas urinarias y metanefrinas.

182

QUISTE HEMORRÁGICO SUPRARRENAL DERECHO

Daniel Valencia Mercado, Mandujano AS, Troche GJM, Martínez CD. Servicio de Cirugía General, UMAE 189 IMSS, Veracruz Ver.

Introducción: Son pocos los casos de quistes suprarrenales documentados en la literatura, mas raros aún, son aquellos que por su tamaño produjeron síntomas. Se distinguen varios tipos de quistes suprarrenales, sin embargo los más frecuentes son los pseudoquistes. Se subdividen en tres variedades embrionarias, quistes glandulares de retención y cistoadenomas. También han sido descritos algunos tipos de quistes suprarrenales cuya pared está revestida al menos parcialmente por células endoteliales, pueden tener un origen malformativo o corresponder a procesos angiomaticos o linfangiomaticos. Estos quistes suelen ser de pequeño tamaño por lo que cursan asintomáticos, los mayores producen clínica de desplazamiento de los órganos adyacentes. Puede haber dolor en fossa lumbar, palpación de una masa intraabdominal, alteraciones digestivas inespecíficas, infecciones urinarias de repetición o hipertensión arterial. El diagnóstico de los tumores suprarrenales se basa en las exploraciones complementarias radiológicas: ecografía y TAC. Los mayores de 5 cm suelen ser de etiología maligna. El tratamiento quirúrgico está indicado de manera absoluta en las siguientes situaciones: quistes de gran volumen, quistes parasitarios y las formas complicadas con hemorragia, sobreinfección y ruptura. Se debe encutar el quiste preservando el riñón y el tejido suprarrenal sano, aunque no siempre es factible. **Reporte del caso:** Femenino de 18 años, sin antecedentes patológicos de importancia; que inicia su padecimiento una semana antes con dolor abdominal insidioso y progresivo en flanco derecho que se irradiía a fossa renal derecha por lo cual se valora realizándose ultrasonido abdominal que reporta tumoración retroperitoneal

probable suprarrenal derecha vs neoformación de polo renal superior, corroborado por TAC abdominal. Se realiza laparotomía exploradora encontrando tumor retroperitoneal derecho en bloque con riñón derecho y glándula suprarrenal derecha diámetros de 28 x 20 x 20 cm. Adherencias a duodeno y colon derecho, medial adherido firmemente a vena cava inferior infrahepática, vena renal derecha con trombo, muy vascularizado y con hematoma en su polo superior. Se realiza tumorectomía en bloque con riñón y suprarrenal derecha, evoluciona favorablemente. Al reporte histopatológico, Quiste Hemorrágico de glándula suprarrenal derecha, cambios reactivos secundarios en el tejido adiposo circundante y en la superficie peritoneal; proliferación vascular endotelial e inflamación crónica difusa importante con focos de agudización (inflamación aguda supurada zonal). Tejido renal presenta: nefritis inespecífica zonal reactiva; y zonas de necrosis tubular aguda. A 7 meses del postoperatorio sin datos clínicos significativos, sin tumoración palpable y con estudios de imagen de control (radiográfico, USG, TAC) sin evidencia de actividad tumoral. **Conclusiones:** Como lo describe la literatura, los tumores quísticos suprarrenales son extremadamente raros y de éstos los hemorrágicos son excepcionales. En pocos casos como el descrito en nuestro reporte, presentan sintomatología, la cual es inespecífica, correspondiendo al efecto de masa y sin manifestaciones en la función adrenal. El método diagnóstico de elección es el ultrasonido, el cual en nuestro caso fue corroborado por tomografía. Resalta en nuestro caso además la imposibilidad de resección únicamente de la tumoración, por lo que se realiza resección en bloque.

MÓDULO: HERNIAS INGUINALES

183

HERNIA DE AMYAND CON APENDICITIS AGUDA COMPLICADA. REPORTE DE CASO

Octavio Contreras Valdez. Servicio de Cirugía, Hospital General Jilotepec SSA, Pachuca Hidalgo

Introducción: La hernia de Amyand consiste en la presencia del apéndice cecal, inflamado o no, en el saco de una hernia inguinal. Descrita por primera vez en 1735 por Claudius Amyand cuando intervino a un niño de 11 años por una hernia inguinoescrotal y una fistula estercorácea. Puede ser congénita o por deslizamiento y la entrada del apéndice al saco herniario lo expone a traumatismos que aunado a algún aumento de la presión abdominal puede desencadenar el proceso inflamatorio. Es una entidad poco frecuente siéndolo menos la asociación entre apendicitis aguda y hernia inguinal con una incidencia aproximada del 0.13%. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 56 años con historia de hernia inguinal derecha de 5 años de diagnóstico. Ingresó al servicio de urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución, el dolor es localizado en el cuadrante inferior y región inguinal derecha y a la exploración es evidente la protrusión herniaria con hipersensibilidad a la palpación. Los exámenes de laboratorio muestran leucocitosis de 18,000/mm³ y las radiografías de abdomen niveles hidroaéreos en la fossa ilíaca derecha. Se establece el diagnóstico de hernia inguinal derecha encarcelada con sospecha de estrangulamiento intestinal por lo que se somete a laparotomía exploradora con hallazgos de apendicitis aguda complicada con perforación en fase de absceso dentro del saco herniario de una hernia indirecta con defecto de 5 cm. Se realizó apendicectomía y debido al proceso infeccioso localizado se difirió la plastía inguinal. Tras 5 días de doble esquema de antibióticos a base de cefotaxima y metronidazol, se llevó a cabo la plastía libre de tensión con técnica de Cisneros bajo anestesia local. **Conclusiones:** La hernia de Amyand normalmente es un hallazgo quirúrgico cuando se diagnóstica una hernia inguinal encarcelada, es una patología rara y más raro aún es la presencia de una apendicitis aguda complicada como en el presente caso. Se recomienda realizar la apendicectomía y la herniorrafia en el mismo tiempo quirúrgico y se ha propuesto una sola incisión parainguinal para tener acceso a la cavidad peritoneal y a la región inguinal, sin embargo la decisión del abordaje medio se fundamentó en la sospecha de estrangulamiento lo que permitió un adecuado manejo quirúrgico. No se recomienda el uso de material protésico en estos casos aunque hay autores que defienden su uso cuando hay estrangulamiento, consideramos seguro realizar la plastía inguinal diferida con el uso de antibióticos para minimizar el riesgo de infección.

184

APÉNDICE CECAL INCIDENTAL EN SACO HERNIARIO INGUINAL, ¿VARIACIÓN DE LA HERNIA DE AMYAND?

Antonio Alberto Álvarez Fariás. Servicio de Cirugía General, Hospital Central SSA, San Luis Potosí S.L.P.

Introducción: Según la literatura, la Hernia de Amyand es aquella que contiene el apéndice cecal inflamado en su interior y que protruye a través de un defecto inguinal. Fue descrita por primera vez por Calu-

dius Amyand en 1736. **Reporte del caso:** Masculino de 23 años, sin antecedentes de importancia. Cuatro años antes notó aumento de volumen en región inguinal derecha que aumentaba con los esfuerzos, tuvo aumento progresivo hasta que acude a la Consulta externa en donde se diagnosticó hernia inguinal derecha de 15 cm de diámetro aproximadamente. Se encontró saco que corría junto con el cordón espermático y se clasificó tipo IV de Gilbert. A la palpación se encontró banda fibrosa por lo que se decide la apertura del saco encontrándose apéndice cecal que se encontraba adherida de su punta al fondo de saco. Se liberó la adherencia y se redujo el apéndice, se realizó ligadura alta del saco y se complementó con plastía tipo Lichstein. El paciente se egresó a las 24 hs. sin complicaciones. En la actualidad está sin dolor y sin recidiva. **Conclusiones:** La presentación de este tipo de hernia es menos común que otras que se pueden presentar en la región inguinal como la de Littré en la que se encuentra en el Divertículo de Meckel. La incidencia reportada en la literatura es de 0.13% cuando se encuentra el apéndice cecal inflamado y de aproximadamente 1% cuando se encuentra únicamente el apéndice en el saco inguinal. La primera descripción la hizo Mayand en el St. George Hospital de Londres el 6 de Diciembre de 1736 en un joven de 11 años al que le encontró el apéndice con una fistula producida por un alfiler y que se encontraba en un saco inguinal. La característica típica de esta presentación es el dolor en CID del abdomen o en región inguinal y que se asocia con masa sensible, tensa irreductible, eritematosa sobre la región inguinal y que por lo regular se asocia con el diagnóstico de hernia inguinal estrangulada, por lo que estos pacientes son llevados a quirófano de manera temprana. El diagnóstico diferencial deberá comprender epididimitis aguda, hidrocele agudo, torsión testicular, adenitis inguinal, hernia de Richter y Hernia Femoral entre otros. Los pacientes con apendicitis aguda y/o absceso apendicular la tasa de infección es aproximadamente 50% por lo que se recomienda la irrigación de la herida, utilización de drenajes y antibióticos parenterales y plastía tipo Shouldice para corregir el defecto de la hernia. Cuando se encuentre de manera incidental la reacción natural es realizar una apendicectomía, pero este procedimiento no necesariamente debe ser beneficioso y puede desarrollar complicaciones. Los que están a favor de la apendicectomía aducen una menor incidencia de morbilidad futura, sin incremento de riesgo anestésico, en contraparte aquellos que se oponen sugieren que la violación de una técnica aseptica por la sección de un órgano contaminado pudiera incrementar la morbi-mortalidad por complicaciones sépticas. Hasta el momento no es posible normar un criterio de manejo debido a la rareza de presentación por lo que el manejo está sujeto a la experiencia y buen juicio del cirujano; a fin de tratar de hacer más simple el manejo de este hallazgo, proponemos que la Hernia de Amyand se divida en dos subtipos para que el manejo sea más conveniente: Tipo I con apendicitis con o sin absceso que requerirá apendicectomía y plastía inguinal sin material protésico y el Tipo II con apéndice cecal macroscópicamente sana, en que se puede realizar reducción del apéndice y plastía libre de tensión con material protésico.

185

HERNIA DE AMYAND. REPORTE DE UN CASO

Jacobo Quintero Tlapalamatl. Servicio de Cirugía, UMAE CMNARC IMSS, Apizaco Tlaxcala

Introducción: La presencia del apéndice vermiforme en el interior de un saco herniario crural (hernia de Amyand) constituye una entidad poco frecuente y cuya incidencia no está descrita en la literatura. El hallazgo del apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal indirecta fue descrito por primera vez por de Garangeot en 1731, su incidencia se estima en aproximadamente 1% de las hernias inguinales en adultos. En nuestro país la apendicitis aguda es la primera causa de síndrome peritoneal y la patología más frecuente como causa de abdomen agudo. No hemos encontrado informes nacionales de la asociación apendicitis-hernia inguinal incarcerada. **Objetivo:** Presentar un caso de hernia de Amyand. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 70 años de edad, originaria y residente de Zongolica Veracruz, en unión libre católica, ama de casa, refiere hipertensión de larga evolución en control con captotril 25 mg vo cada 12 hrs, portadora de tumoración inguinal derecha, de 3 años de evolución la cual se reduce de manera espontánea. Acude al servicio de urgencias por cuadro de tres días de evolución caracterizado por dolor en hipogastrio y mesogastrio, acompañado de tumoración inguinal derecha no reductible, con náusea y vómitos, refiere además hiporexia y malestar general. A la exploración física se aprecia tumoración inguinal derecha dolorosa, hiperemica, no reductible indurada, abdomen doloroso, con resistencia muscular superficial y profunda, peristalsis disminuida, Los exámenes de laboratorio con Hb de 14.4 Hto. 42, leucos 16,000 neutros 85%, Tp 13.5 75%, TPT 31, Gluc 108. Urea 36, creat 0.8. Se decide pasar a quirófano con diagnóstico de hernia inguinal estrangulada probable, femoral, se realiza incisión inguinal, bajo anestesia regional, por planos hasta localizar saco herniario por orificio femoral se diseña y

abre saco encontrando apéndice cecal, con exudado purulento, se reduce a cavidad, abdominal, y bajo incisión media se encuentra apendicitis fase III, con absceso periapendicular 200 cc aprox, se realiza apendicectomía de manera habitual, se aspira y coloca drenaje penrose, cierre por planos, y realizamos plastía inguinal, con técnica de McVay, se deja la paciente con impregnación de antibiótico doble esquema cefotaxima y metronidazol, tres días posterior egresa a su domicilio sin complicaciones. Reporte de patología, apendicitis aguda purulenta. **Conclusiones:** La apendicitis dentro de un saco herniario atascado es rara, y cuando ocurre casi nunca es diagnosticada. Afortunadamente la apendicitis se asocia a una entidad tributaria de tratamiento quirúrgico de urgencia. Debe sospecharse su diagnóstico en presencia de una hernia inguinal derecha irreductible con signos de peritonitis local y dolor en fossa iliaca derecha, con ausencia de signos de oclusión intestinal. El tratamiento debe ser la apendicectomía y herniorrafia de urgencia, por una vía de abordaje capaz de solucionar el adecuado tratamiento de la apendicitis de acuerdo a la evolución de esta patología, tomando las medidas necesarias para evitar la contaminación del canal inguinal. La mayoría de los autores coinciden en no utilizar malla protésica en la reparación del canal inguinal.

186

HERNIA DE AMYAND: REPORTE DE UN CASO

Carlos Navarro Acevedo, Orea ED, Prado OE, Morales FC. Servicio de Cirugía, HGP Dr. Eduardo Vázquez Navarro SSA, Puebla Puebla

Introducción: Este procedimiento fue descrito por Claudio Amyand en 1735, rara vez se realiza el diagnóstico preoperatorio atribuyéndose a un cuadro abdominal secundario a una hernia, su incidencia se estima en aproximadamente 1%. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 62 años de edad con antecedentes de hipertensión de 10 años de evolución bajo tratamiento, refiere haber notado desde hace 2 días la aparición de aumento de volumen en la región inguinal derecha no reducible y que protuía, acompañada de dolor con irradiación a fossa iliaca derecha y epigastrio sin fiebre, sin vómitos y con dificultad para la deambulación. A la exploración se encuentra a paciente consciente, neurológicamente íntegra, cardiorrespiratorio sin compromiso, con presencia de tumoración de 3 cm en región inguinal derecha, dolorosa a la palpación no reducible. Sus signos vitales se encuentran dentro de parámetros normales así como sus laboratorios que son tomados en el área de urgencias, se solicita espacio quirúrgico con diagnóstico de hernia inguinal derecha encarcerada, bajo anestesia epidural se realiza incisión en región inguinal disecando por planos hasta localizar saco herniario el cual se explora abriéndolo, encontrándose apéndice edematoso en su interior, se revisa la base apendicular realizándose apendicectomía con técnica Pouchet se revisa cavidad sin reportar anomalías o colecciones, se cierra por planos y se concluye procedimiento quirúrgico el cual se finaliza sin complicaciones, se inicia tratamiento con antibióticos y analgésicos hasta su alta hospitalaria. **Conclusiones:** Es poco probable sospechar en la relación de un cuadro apendicular con una hernia inguinal, sin embargo la característica típica que permite sospechar este tipo de cuadro es el dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen asociado a una masa sensible, tensa y no reducible, aunque muchas veces el mismo cuadro con facilidad nos puede confundir con una hernia inguinal complicada. La apendicectomía dentro de un saco herniario puede deberse a la ubicación del mismo asociándose a una causa congénita o por deslizamiento.

187

HERNIA DE AMYAND, REPORTE DE UN CASO

Ana Laura Sosa Rosales, SOTO LM. Servicio de Cirugía General, ISSE-MYMSatélite Tlalnepantla, Estado de México

Introducción: La hernia de Amyand fue una hernia descrita en el siglo XVIII por Claudio Amyand cirujano inglés quien describió un saco herniario con el apéndice cecal en su interior, se ha encontrado tanto en pacientes pediátricos como en adultos mayores, sin embargo no hay estadísticas significativas reportadas en la literatura, y actualmente la controversia quirúrgica surge ante la colocación de malla ante un proceso apendicular activo por la posibilidad de contaminación protésica. **Reporte del caso:** Se trata de una paciente femenina de 42 años de edad casada originaria y residente del Distrito Federal, ama de casa, con hábitos higiénico-dietéticos adecuados en calidad y cantidad, con tabaquismo positivo de 20 años a razón de 3 cigarrillos al día. Sin antecedentes quirúrgicos, traumáticos, cronicodegerativos, ni alérgicos, cursando con una hernia inguinal derecha, diagnosticada hace 5 años manejada conservadoramente con dolor ocasional a la realización de esfuerzos físicos. Inicia su padecimiento actual 24 horas previas a su ingreso con dolor de inicio súbito punzante localizado en fossa iliaca derecha y suprapúbico, sin irradiaciones, con imposibilidad para la marcha sin mejoría a la ingesta de analgésicos por lo que decide acudir al

servicio de urgencias. Se encuentra paciente consciente facie algica, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso distendido, con dolor a la palpación rebote positivo se palpa defecto herniario indirecto con saco de 15 x 10 cm no reducible a maniobras, con laboratorios reportando leucos de 19,000, eritrocitos de 5,600, hb 14, hto 36, plaquetas de 260, glucosa de 110, urea 44, creatinina 1.4, TP 13 TPT 32, radiológicamente se observa asa fija a nivel de fossa iliaca izquierda sin otras alteraciones por lo que se decide pasar a quirófano de urgencias. Se efectúa incisión en región inguinal derecha encontrando ciego e ileon terminal con isquemia no recuperable, con apéndice cecal abscedada con abundante fibrina, se amplía orificio inguinal efectuando resección de ciego e ileon terminal incluyendo en el segmento el apéndice cecal con bordes sanos se decide efectuar entero entero anastomosis terminal-terminal, verificando integridad del cierre, se regresa intestino a cavidad, se efectúa plastía inguinal con técnica de Gilbert y se deja en ayuno. **Conclusiones:** La paciente inicia vía oral con buena tolerancia no manifiesta datos de infección de herida quirúrgica y en el seguimiento por consulta externa presenta cicatrización adecuada. La hernia de Amyand es una patología rara en la comunidad quirúrgica ya que el saco puede contener el apéndice cecal sin datos de proceso agudo hasta encarcerarse el defecto o bien iniciar con un proceso apendicular que desencadene abdomen agudo y la necesidad de plastía inguinal, el hecho de abordaje inguinal o abdominal depende del grado de compromiso intestinal que amerite un manejo mas extenso del intestino que permita su manipulación, el uso de prótesis ante un proceso séptico está a discusión, no se ha corroborado que la contaminación sea un factor que contraindique su uso y sin embargo el mismo nos asegura mayor éxito en la reparación.

188

HERNIA DE AMYAD COMPLICADA. REPORTE DE UN CASO

Rodrigo Aguilar Quintana, Méndez VG, Castro MA, López CH, Palacio VF, Castañeda RA, Cruz MH. Servicio de Cirugía General, Hospital Regional General Ignacio Zaragoza ISSSTE, Oaxaca Oaxaca

Introducción: El hallazgo del apéndice cecal no inflamado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal directa fue descrito por primera vez por de Garangeot en 1731, su incidencia se estima en aproximadamente 1% de las hernias inguinales en adultos. El descubrimiento de una apendicitis perforada es aún más inusual. En 1973, Rayan informó en 8,962 casos de apendicitis, el apéndice se encontró en 11 casos dentro de sacos herniarios indirectos (0.3%). **Reporte del caso:** Paciente masculino 76 años, plastía inguinal derecha hace 8 años, inicia su padecimiento 3 semanas previas a su ingreso a esta unidad hospitalaria con dolor abdominal epigástrico sin factor desencadenante aparente, migra a fossa iliaca derecha, acompañado de náusea y vómito gastroalimentario, niega fiebre, por lo que acude a medio privado, donde se realiza protocolo de estudio, diagnosticando tumor de colon ascendente por USG y TAC abdominal sin mejoría aparente. A su ingreso presenta aumento de volumen en fossa iliaca derecha acompañada de hiperemia hipertermia dolor a la palpación y datos de irritación peritoneal en fossa iliaca derecha. Se realiza laparotomía exploradora por incisión media infraumbilical encontrando absceso de pared en fossa iliaca derecha, comunicado a cavidad abdominal, con la presencia de apéndice cecal, con proceso de apendicitis fase IV, se realiza apendicectomía con manejo de muñón tipo Pouchet, lavado de pared y de cavidad peritoneal con 10 litros de solución salina, desbridamiento de material necrótico, afrontamiento de defecto herniario y colocación de drenajes; Saratoga a la región del absceso con penrose inferior y penrose izquierdos a hueco pélvico derecho y cierre de pared abdominal por planos. Durante su estancia intrahospitalaria evoluciona de forma favorable con antibioticoterapia con doble esquema y analgésicos, dando su alta domiciliaria en 15 días de postquirúrgico. **Conclusiones:** La hernia de Amyand es muy rara y de difícil diagnóstico, por lo que debe sospecharse en presencia de hernia con datos de irritación peritoneal local sin datos de obstrucción intestinal localizada en la fossa iliaca derecha. El tratamiento debe ser la apendicectomía lavado y desbridamiento exhaustivos, así como herniorrafia de urgencia sin material protésico.

189

REPARACIÓN DE UNA HERNIA DE LITTRÉ ESTRANGULADA CON TÉCNICA DE STOPPA

Maria Teresa Mireles Aguilar, García MJF, Charles MSH, Salgado CLE, Pulido RJ. Hospital Metropolitano/Hospital San José, Residencia en Cirugía General Programa Multicéntrico ITESM/SS, SSA, Monterrey Nuevo León

Introducción: La hernia de Littré fue originalmente descrita por Rieke como «la presencia de un divertículo de Meckel dentro de cualquier saco herniario» en 1841, se han publicado aproximadamente 60 casos en la literatura en inglés desde el año 1700. No existe un reporte en la literatura acerca de cuál es la reparación de elección de este tipo de

hernias, sin embargo está descrito que la potencial contaminación del campo quirúrgico y la presencia de una anastomosis intestinal proscribe el uso de mallas convencionales debido al riesgo de infección crónica y fistulas. En este trabajo presentamos el tratamiento exitoso de una hernia de Littré estrangulada, con resección intestinal y anastomosis más la reparación del defecto con una malla de polipropileno preperitoneal con técnica de Stoppa. Además, en este caso, el contenido de la hernia se acompañaba de parte de la pared vesical, a nuestro saber, no existe otro caso similar reportado en la literatura. **Reporte del caso:** Paciente de sexo masculino de 55 años de edad, refiere 5 años de evolución con aumento de volumen intermitente y progresivo en región inguinoescrotal derecha, 2 horas previas a su ingreso presenta dolor intenso en dicha zona, acompañado de aumento de volumen importante en escroto que impide la deambulación, el dolor va en aumento, motivo por el cual acude al servicio de urgencias de nuestro hospital. Niega fiebre, náusea o vómito, mas refiere ausencia de canalización de gases y evacuaciones, además de disminución del calibre del chorro urinario, de la fuerza del mismo y goteo terminal a la micción, estos síntomas de manera ocasional de 2 años a la fecha. A su ingreso con signos vitales estables, abdomen con dolor a la palpación superficial, distendido, con rebote positivo, timpánico a la percusión digitodigital y ausencia de ruidos peristálticos. Aumento de volumen no reductible en región escrotal derecha de 10 X 10 cm, con edema importante, doloroso, con eritema y aumento de la temperatura local, no se logra palpar el testículo. Escaso líquido libre citrino en cavidad abdominal, distensión de asas de intestino delgado, hernia inguinal derecha estrangulada. Se reduce hernia encontrando dentro del saco herniario, un segmento de ileón de aproximadamente 30 cm con datos de isquemia, divertículo de Meckel de base amplia, además de pared lateral de vejiga urinaria (hernia por deslizamiento). Se observan cambios isquémicos irreversibles en aprox. 30 cm de ileón, se realiza resección intestinal más entero-entero anastomosis término-terminal con técnica Conell-Mayo a 30 cm de la válvula ileocecal (tiempo contaminado). Se cambian campos, instrumental, batas y guantes quirúrgicos y se realiza disección del espacio preperitoneal previa cierre de peritoneo y se procede a reparar el defecto con malla de material protésico de polipropileno con técnica de Stoppa. El paciente evolucionó favorablemente. **Conclusiones:** La hernioplastia con técnica de Stoppa es una buena opción para la reparación de una hernia de Littré estrangulada, como sucedió con este paciente. A pesar de que el uso de mallas de polipropileno es riesgoso en pacientes con hernia estrangulada y anastomosis, el cierre primario del peritoneo y la posterior colocación de una malla preperitoneal con técnica estéril evita el contacto del contenido potencialmente infectado con la prótesis, así como con las asas intestinales, reduciendo el riesgo de infecciones o fistulas.

190

HERNIA DE LITTRÉ ESTRANGULADA

Javier Cortez Ramírez, Mondragón CHMA, Otero MRA, Gómez AJF, Mireles DHH, Díaz GJC, Reyes SB, Ortiz LLI. Servicio de Cirugía General, Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos SSA, ISEM Toluca Estado de México

Introducción: La presentación de la hernia de Littré es poco frecuente y el porcentaje de que ésta aparezca estrangulada es bajo. Ocurre en el 2% de la población general. La hernia de Littré se define como la incarceración o estrangulamiento del divertículo de Meckel en cualquier hernia de la pared abdominal, este divertículo puede penetrar y permanecer en el saco de cualquier tipo de hernia de la pared abdominal. Los primeros casos fueron descritos por Alexis Littré, un cirujano Francés que en 1700 publicó 3 casos de incarceración del intestino. El primer caso correspondía a un hombre de 48 que falleció por una hernia inguinal izquierda, encontró una parte del ileón dentro del saco, pero no toda la circunferencia del intestino formaba parte de la hernia, sólo la parte antimesentérica y la continuidad del intestino no estaba comprometida. El segundo caso correspondía a un hombre de la cuarta década que falleció por una hernia no estrangulada formada por un apéndice del ileón en el saco herniario con la circunferencia del cuerpo del intestino remanente libre. El tercer caso correspondía a un hombre con un tumor en la región inguinal izquierda que falleció a los 5 días. El divertículo de Meckel corresponde a un remanente del conducto onfalomesentérico, que cumple la función de proveer la nutrición del embrión hasta que se establezca la placenta. La involución normal ocurre entre la quinta y séptima semana de gestación, una falla en la involución ya sea parcial o completa resulta en un divertículo de Meckel. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 36 años que ingresa al servicio de urgencias de nuestro hospital el pasado 12-02-08 por presentar un cuadro de oclusión intestinal caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, distensión abdominal, sin canalización de gases, ausencia de evacuaciones y vómitos de contenido fecaloide, todo esto secundario a una hernia inguinal derecha irreductible y con cambios de coloración, se diagnostica como una hernia inguinal estrangulada se decide su pase a

quirófano de manera urgente, en la cirugía se encuentran como hallazgos una hernia de Littré estrangulada de 15 cm de longitud a 80 cm de la válvula ileocecal con defecto herniario de 4 X 3 cm por lo que se decide realizar una resección intestinal de 20 cm aproximadamente dejando 10 cm de margen de cada extremo y una entero enteroanastomosis término-terminal. Inicialmente se realizó una incisión media infraumbilical y posteriormente se realizó una incisión transversa para realizar una plastia inguinal con malla, el paciente permaneció en ayuno durante 5 días, posteriormente se inició la vía oral, la cual toleró adecuadamente, no se presentó ninguna complicación postquirúrgica por lo que el paciente fue egresado por mejoría 6 días después de su ingreso. El reporte histopatológico demuestra un divertículo de Meckel con ileitis crónica, peritonitis aguda fibrinopurulenta. Actualmente el paciente se encuentra con una evolución adecuada sin evidencia de complicaciones. **Conclusiones:** No existe un gran numero de publicaciones describiendo la técnica quirúrgica de elección para el manejo de este tipo de hernias. Algunos cirujanos optan por la resección del divertículo de Meckel y la herniorrafia en un tiempo quirúrgico. Otros autores recomiendan un abordaje inguinal seguido por el procedimiento de Ls Roque para exteriorizar el divertículo de Meckel, el cual es seccionado a nivel de su base teniendo la precaución de no contaminar el lecho herniario, el cual es reparado con sutura reabsorbible o irreabsorbible. En el caso de recurrencia, en un segundo tiempo se podría efectuar en forma electiva la reparación con material no absorbible, otra alternativa quirúrgica es realizar resecciones amplias y reparación del defecto con material no absorbible

191

SARCOMA NEUROGÉNICO DE CANAL INGUINAL

Héctor Armando Cisneros Muñoz. Servicio de Cirugía General, UMAE No. 1 Bajío IMSS, León Guanajuato

Introducción: Sarcoma neurogénico entidad poco común. El 97% se comportan agresivamente. Pueden ser asintomáticos o con molestias inespecíficas hasta que infiltran estructuras vecinas, a menos que se localicen en tejidos superficiales. No hay predominio por grupos etarios, su tamaño varía desde milímetros hasta 30 o más centímetros. El tratamiento de elección es la extirpación completa con bordes quirúrgicos libres y radioterapia adyuvante. **Objetivo:** Presentación de un caso. **Reporte del caso:** Resumen: Masculino 82 años, diabético desde hace 15 años, hipertenso, resección prostática 5 años antes. Padecimiento de 2 meses de evolución, dolor leve en ingle izquierda, aumento de volumen, sensación de pesantez, polaquiuria. Exploración física: signos vitales normales, abdomen normal. Región inguinal izquierda con aumento de volumen por tumoración, pélvica, fija al piso inguinal, no reductible levemente dolorosa, que adopta la forma del canal inguinal y llega hasta escroto, sin aparente afectación testicular y que oblitera por completo el canal inguinal. Laboratorio: glucosa 126 mg. APE 20.4 ng, ultrasonido: tumoración sólida de conducto inguinal dependiente de cordón espermático, líquido de hidrocele sin infiltración de testículo. Ultrasonido abdominal: metástasis hepáticas múltiples la mayor de 10 x 7 cm en lóbulo izquierdo. TAC tumor vesical con infiltración parietal izquierda y datos compatibles con hernia inguinal sin adenopatías retroperitoneales. Hallazgos quirúrgicos: tumor sólido dependiente de cordón espermático de 21 cm de longitud que infiltra desde la vecindad del peritoneo hasta bolsa escrotal izquierda sin afectar testículo. Reporte histopatológico: sarcoma neurogénico pleomórfico de alto grado, con diferenciación heteróloga condrosarcomatosa, con permeación vascular sanguínea con extensión paratesticular sin infiltración de parénquima testicular. Tumor encapsulado. **Conclusiones:** Es una patología rara del canal inguinal del adulto que debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en tumores inguinales.

192

QUISTE DE LA REGIÓN INGUINAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HERNIA INGUINAL

Juan Carlos Vega Cabrera, Campos C, Díaz C, Sagahon J, Navarro R, Crisanto B, Hernández V. Servicio de Cirugía General, Hospital General de México SSA, México D.F.

Introducción: Los quistes de la región inguinal son patologías que pueden simular una hernia inguinal por su tipo de evolución y su crecimiento progresivo, en dolor al realizar actividades, en los varones se presenta con mayor frecuencia casi en el 1 por ciento de todas las intervenciones inguinales, en el caso de la mujer son pocos los reportados por la literatura. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenino de 70 años de edad, analfabeta, ocupación al hogar, con antecedentes heredofamiliares sin importancia para su padecimiento actual. Antecedentes personales no patológicos sin importancia, AP patológicos niega enfermedades cronicodegenerativas, niega traumatismos, plastia inguinal derecha con tensión en el año de 1996 sin conocer dx pos qx Ante-

cedentes Gineco-obstétricos Menarca a los 12 años, Menopausia a los 52 años G 3 P 2 A1 C0, Acude al servicio de urgencia por presentar tumoración en región inguinal derecha de aproximadamente 8 x 7 x 4 cm la cual fue creciendo paulatinamente, con dolor a la realización de esfuerzos físicos, pero sin aumento de su tamaño o disminución al realizar maniobras de valsalva, a exploración con presencia de tumoración de consistencia blanda, no reductible, sin datos de compromiso neuromuscular, sin cambios de tamaño a la realización de esfuerzos, leve dolor a la palpación media, por lo cual se ingresa a nuestro servicio con diagnóstico de hernia inguinal derecha recidivante por lo cual se programa para plástia inguinal con malla, durante el transoperatorio se localiza quiste en dicha región sin poder identificar su origen ya que se encontraba adherido a piel y el ligamento redondo, se realiza resección, se envía a estudio transoperatorio con resultado de quiste seroso, se realiza inspección de la región inguinal con presencia de fibrosis del piso de la antes mencionada, con anillo inguinal profundo no dilatado, se realizan valsalvas durante la cirugía sin protusión de ninguna estructura, se realiza corte del quiste con presencia de líquido de color citrino, se da por terminado el procedimiento sin complicaciones, la paciente con adecuada evolución pos qx y evaluada a 3 meses sin presencia de recidivancia del quiste pero sin poder determinar el origen del quiste que pudiera depender de la pared abdominal o aunque de menor posibilidad del ligamento redondo. **Conclusiones:** Son muy raros los quistes de la región inguinal pero de suma importancia el conocimiento de éstos ya que pueden simular una hernia inguinal, la mayor parte de éstos se consideran benignos, el tratamiento de éstos consiste en su resección y en el caso de ameritar plástia inguinal se realiza sin tensión.

193

LEIOMIOMA DEL LIGAMENTO REDONDO SIMULANDO HERNIA INGUINAL RECIDIVANTE

Hernán Gustavo Maydon González, Posada TJ, Flores AJ, Cuesta MT, Elizalde DA. Servicio de Cirugía General, Centro Médico ABC, México D.F.

Introducción: Los leiomiomas son las neoplasias benignas más frecuentes del ligamento redondo del útero y del músculo liso en general. Existen pocos reportes en la literatura de herniación de este tipo de tumores fuera de la cavidad pélvica. Realizamos una búsqueda en PubMed-Medline con distintas combinaciones que incluían los términos hernia inguinal, leiomioma y ligamento redondo encontrando solo 6 reportes de caso. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de un paciente femenino de 52 años con antecedente de plástia inguinal derecha 6 años previos a su ingreso y sin otros antecedentes de importancia que inició su padecimiento 2 años posteriores a la cirugía previa, con aumento de volumen progresivo en región inguinal derecha y dolor acentuado con los esfuerzos físicos. A la exploración física presentaba una masa inguinal derecha de 15 x 15 cm que descendía hacia el labio mayor ipsilateral, sin cambios en la piel suprayacente, blanda, de contornos lisos y no reductible. Se realizó exploración bajo anestesia encontrando una tumoración del tamaño previamente mencionado cuyo pedículo salía por el anillo inguinal profundo, así como, material protésico (cono) preperitoneal. Se resecó la masa ligando el pedículo y se realizó reparación del piso del canal inguinal con la colocación de una malla de baja concentración de polipropileno preperitoneal. El diagnóstico histopatológico fue leiomioma del ligamento redondo. La paciente evolucionó satisfactoriamente y egresó en el postoperatorio número 1 sin complicaciones. **Conclusiones:** El leiomioma del ligamento redondo, aunque muy poco frecuente, debe de considerarse en el diagnóstico diferencial de las masas inguinales.

194

LEIOMIOMA DEL LIGAMENTO REDONDO, PRESENTACIÓN COMO HERNIA INGUINAL. REPORTE DE UN CASO

Sandra Edith Figueroa Jiménez, Beas LA, Hernández JFZ. Servicio de Cirugía General, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde SSA, Guadalajara Jalisco

Introducción: Debido a que los tumores del ligamento redondo son muy raros, existe desconocimiento de su existencia y clasificación. Tal vez el tumor más frecuente sea el mioma, ya que el ligamento redondo tiene tejido muscular; sin embargo, en raras ocasiones los tumores mesenquimatosos presentan un componente epitelial de tejido endometrial para ser adenomioma. Por lo general, su diagnóstico es más un hallazgo que una sospecha clínica. **Reporte del caso:** Femenina de 40 años, quien refiere iniciar 6 meses previos a su ingreso con masa en región inguinal derecha, la cual incrementa de tamaño paulatinamente; y un mes previo presenta dolor tipo ardoroso en misma región. Acudiendo a la institución siendo diagnosticada como hernia inguinal derecha. Como antecedente de importancia paciente con Diabetes mellitus e hipertensión, con buen control. Postquirúrgica de histerectomía por miomatosis uterina 6 años previos. A la exploración física se palpa masa

inguinal derecha reductible no dolorosa, sin datos de compromiso vascular, resto no relevante. Es sometida a cirugía de plástia inguinal, con hallazgo quirúrgico de tumor a expensas de ligamento redondo. Se seca masa y se corrige defecto herniario con plástia tipo Marcy. **Conclusiones:** La patología del ligamento redondo es muy rara y la mayoría de los libros no contemplan un capítulo para este problema. Al revisar la bibliografía, sólo el fascículo de las Fuerzas Armadas de Patología, menciona un capítulo de «Tumores del ligamento redondo y otros ligamentos uterinos» que clasifica los tumores de este elemento anatómico y se apegue a los lineamientos de The World Health Organization. Encontrando que su diagnóstico es más un hallazgo que una sospecha clínica porque las pacientes son sometidas a cirugía por tumor uterino o anexial.

195

HERNIOPLASTÍA INGUINAL CON MALLA DE POLIPROPILENO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL MILITAR DE SEGUNDO NIVEL

Mauro Soto Granados, Sotolca, Sotolad. Servicio de Cirugía General, Hospital Militar Regional SEDENA, Acapulco Guerrero

Introducción: La reparación con malla sintética es el tratamiento actual de la hernia inguinal. **Objetivo:** Presentar la experiencia del Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro., con este tratamiento. **Material y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal a cinco años. Incluyó a pacientes mayores de 16 años, intervenidos electivamente, con hernias tipo 2 a 7 de la clasificación de Gilbert modificada por Rutkow y Robbins. Se registró el tipo de hernia, los padecimientos concomitantes, la vía de abordaje quirúrgico, el uso de drenaje y las complicaciones trans y postoperatorias, así como la presentación de recidivas. El seguimiento se realizó al mes, a los tres y seis meses, y cada año hasta completar cinco años. **Resultados:** Se operaron 84 pacientes. En 75 las hernias fueron primarias y en nueve recidivantes. Presentaron hernias bilaterales cinco pacientes. La mayor parte de las hernias fueron de los tipos 2, 3 y 4. Se encontraron hernias por deslizamiento en 6% de los pacientes. Dieciocho por ciento presentaron obesidad y 9.5 % diabetes mellitus tipo 2. Se efectuaron 69 abordajes anteriores y 15 posteriores. En todos los abordajes anteriores se utilizó drenaje por aspiración de circuito cerrado. No se presentaron complicaciones trans ni postoperatorias. No ha habido recidivas. **Conclusiones:** Se ha alcanzado el estado de arte en el tratamiento de la hernia inguinal con las técnicas quirúrgicas libres de tensión empleando material protésico de alta calidad. El empleo de drenajes por aspiración de circuito cerrado en el abordaje anterior previene la formación de seromas.

196

VARIACIÓN DE LA PLASTÍA INGUINAL DE GRIDIRON CON COLOCACIÓN DE ROLLO DE MALLA EN UN HOSPITAL DE 2DO NIVEL DE ATENCIÓN MÉDICA

Salvador Chacón Ramírez, Serna V, Flores RO, Beylán VC, Lechuga NJ, Obregón PR, Fernández A, Acevedo G, Escalente A, Bravo AU, Villoria CH. Servicio de Cirugía General, Hospital Agustín O'Horán SSA, Mérida Yucatán

Introducción: La reparación ideal de una hernia debe ser lo más anatómica y simple posible. La hernioplastía de Gridiron es una técnica miniinvasiva no laparoscópica diseñada para reparar este tipo de hernias. El abordaje de Gridiron es una variante unilateral de la técnica de Stoppa con una incisión transversa y disección del espacio preperitoneal. El inconveniente en la técnica de Gridiron es la dificultad para extender la malla y alcanzar desbordar por completo el orificio miopectíneo, con el riesgo de una lesión vascular importante durante esta maniobra. En nuestro hospital realizamos una variación a la técnica en la que sólo se aborda el canal inguinal reduciendo el defecto herniario (indirecto, directo, mixto o por deslizamiento) y obliterando el canal por completo con un rollo de malla. La colocación es sumamente sencilla por lo que se acorta el tiempo quirúrgico y la manipulación de tejidos. Con la variante que realizamos no alcanzamos el espacio preperitoneal sino que obliteramos el canal inguinal después de reducir y corregir el defecto herniario. Como no se cubre por completo el orificio miopectíneo, seleccionamos exclusivamente pacientes masculinos para el procedimiento debido a la baja incidencia de hernias femorales y obturaciones que presentan. **Objetivo:** Comunicar la experiencia de los autores con esta variación de la técnica de Gridiron en el Hospital de SSA en el poblado de Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo en el periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 2008. **Material y métodos:** 5 pacientes masculinos entre 19 y 78 años de edad con hernia inguinal unilateral sin intervenciones quirúrgicas previas, sin complicaciones al momento del diagnóstico e intervenidos de manera electiva. Los pacientes ingresaron a hospitalización la noche previa al procedimiento y la tricotomy inguinal se realizó inmediatamente antes de comenzar con la asepsia de la región. En todos los casos se utilizó bloqueo epidural a

nivel de L2-L3 a consideración del anestesiólogo. Se realizó incisión tipo Gridiron hasta el canal inguinal donde se detiene el abordaje sin incidir la fascia transversalis. Se localiza el saco herniario y se trabaja de la manera convencional cuidando siempre los elementos del cordón. Una vez reducido el defecto se coloca un rollo de malla de las dimensiones correspondientes en el canal inguinal sobre el cordón espermático, procurando que desborde un poco el orificio inguinal superficial y se fija la malla con un punto o dos a la cara anterior del canal. Paciente 1: Masculino de 38 años de edad, 12 años de evolución con hernia inguinal derecha indirecta. Tiempo quirúrgico (TQ) 40 min, sangrado (S) mínimo. Paciente 2: Masculino de 19 años de edad, 3 años de evolución con hernia inguinal derecha indirecta. TQ 30 min, S mínimo. Paciente 3: Masculino de 78 años de edad, 25 años de evolución con hernia inguinal izquierda por deslizamiento (colon sigmoideas). TQ 50 min, S mínimo. Paciente 4: Masculino de 47 años de edad, 20 años con hernia inguinal derecha directa. TQ 30 min, S mínimo. Paciente 5: Masculino de 48 años de edad, 7 años con hernia inguinal derecha indirecta. TQ 25 min, S mínimo. Todos egresaron al siguiente día después del procedimiento con retiro de puntos a la semana y cita de control postquirúrgico en los siguientes 30 días. **Resultados:** El tiempo promedio de procedimiento quirúrgico fue de 35 minutos, en ninguno se presentó ninguna complicación transoperatoria y el sangrado fue mínimo. En la cita de control todos los pacientes manifestaron su satisfacción por el procedimiento pero ninguno había vuelto a su ritmo de actividad física en ese momento. No se han presentado hasta el momento ninguna complicación ni recidiva. **Conclusiones:** Este abordaje es rápido, mínimo-invasivo y seguro, pero tiene la desventaja de que no cubre el orificio miopectíneo por completo, por lo que no reduce el riesgo de una futura hernia femoral u obturatriz, sobre todo en pacientes femeninos. Continúa pendiente valorar la efectividad del procedimiento a largo plazo.

197

PRESENCIA DE ÚTERO, OVARIO Y SALPINGE IZQUIERDA EN SACO HERNIA INGUINAL. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Carlos Alberto Reyes Arrellano, Arellano JL, Castillo GR, Delgadillo TG, Velázquez GJ, Serrano GI, Bevia PF, Campos CF, Mendoza GL. Servicio de Cirugía General, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza IMSS, México DF

Introducción: Aun que la patología de hernia inguinal es frecuente en nuestro medio, y es una de las indicaciones quirúrgicas más realizadas. La presencia de útero y anexos dentro del saco herniario es muy poco frecuente. **Reporte del caso:** Se trata de paciente femenina de 17 años de edad sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Inicia cuadro de 3 meses de evolución con la presencia de aumento volumen y dolor a nivel de región inguinal del lado izquierdo, con crecimiento paulatino. Se encuentra defecto herniario a nivel de región inguinal izquierda con saco de 6 x 5 cm no reductible por lo que se programa para plástia inguinal. Se encuentran como hallazgos quirúrgicos presencia de útero de 3.5 cm con ovario izquierdo y salpinge. Se encuentra hernia inguinal directa, se realiza reducción de contenido herniario a cavidad abdominal y plástia inguinal, sin complicaciones y con evolución favorable de la paciente. **Conclusiones:** La presencia de útero, ovario y salpinge dentro del saco herniario es raro, en la literatura sólo se encuentra reporte de 5 casos en donde se refieren la presencia de las 3 estructuras (útero, ovario y salpinge) y en más casos la presencia de solo una de estas estructuras, el manejo es la reducción y vigilancia postquirúrgica por ultrasonido.

198

HERNIA INGUINOVESICAL, REPORTE DE UN CASO

Luis Manuel Gudiño Amezcuá, Gallegos SVA, Saucedo RG, Flores AE, Villegas MJA. Servicio de Cirugía, Hospital Rincón de Romos SSA, Aguascalientes AGS.

Introducción: Las hernias inguinales son una entidad clínica frecuente. Su contenido está constituido habitualmente por grasa de epíplón y/o asas intestinales; la inclusión de la vejiga como un deslizamiento de la misma, acompañando a la hernia inguinal, se ha observado en el 0.4 a 3% de las hernias inguinales, este porcentaje llega alcanzar 10% en los varones mayores de 50 años; las herniaciones vesicales pequeñas son clínicamente insignificantes, y son descubiertas generalmente durante la herniorrafia inguinal. La herniación masiva de la vejiga a nivel inguinoescrotal es infrecuente y son debidas a una distensión vesical persistente secundaria a un mecanismo obstructivo fundamentalmente HBP (hiperplasia benigna prostática). **Reporte del caso:** Masculino de 88 años de edad, ingresa al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal de 3 días de evolución localizado en FID (fosa ilíaca derecha) e irradiado a región inguinal, a la exploración física encontramos datos de irritación peritoneal, Mc Burney, Rovsing, talopercusión y psoas

positivos, con el antecedente de haber iniciado desde hace 15 días con una tumoración indurada dolorosa a la movilización, de aproximadamente 6 x 6 cm. Se palpa globo vesical colocándose sonda Foley sin complicaciones drenado orina hematórica. APP: Hipoacusia bilateral derecha. Rx de abdomen: sin datos de relevancia. Lab: TP 14s, TPT 37s, Na 134, K 4.96, leucos 19,000 neutros 85%, Hb 10.5, Htc 28.0, plaq 226, Gluc 121, Cr 3.7. Se somete a cirugía abordando inicialmente región inguinal derecha encontrando hernia indirecta contenido grasa prevesical, no reductible, se reseca y realizamos plástia tipo Rutkow, iniciamos abordaje infraumbilical encontrando apéndice con natas de fibrina en la punta apendicular y en contacto con el domo vesical además de áreas necróticas. Realizamos apéndicetomía manejo de muñón tipo Zuckerman, se observa anillo inguinal interno con grasa prevesical, cúpula vesical indurada y múltiples nodulaciones, se toma biopsia y cierre por planos. Se egrresa a los 2 días buenas condiciones. Acude a consulta 1 semana después con la herida abdominal dehiscente en su tercio medio por un seroma drenándolo, la herida inguinal indurada eritematosa, sin gasto. Reingresa a los 10 días de la cirugía presentando salida de líquido a través de la herida inguinal se toma Labtix confirmando orina, se egrresa a los 7 días con la sonda Foley permeable y con escaso gasto por la herida. Diez semanas después la herida ya cicatrizada, se retira sonda Foley. **Conclusiones:** La hernia inguino-vesical, es poco frecuente, su diagnóstico generalmente es incidental, y su tratamiento es quirúrgico mediante resección de la porción herniada.

199

AMPUTACIÓN DE MIEMBRO PÉLVICO COMO COMPLICACIÓN DE HERNIOPLASTÍA INGUINAL, EVENTO DESAFORTUNADO Y PREVENIBLE POR EL CIRUJANO GENERAL

Heriberto Rodea Rosas, Alcaraz HG, De La Rosa LM, Ortiz J, Athié GC, López LJ. Servicio de Cirugía General, Hospital General De México O.D. SSA, México D.F.

Introducción: 7 de cada 10 amputaciones son causadas y se deben a la diabetes mellitus según la OMS, le siguen las causas vasculares y traumáticas. Dentro de las causas vasculares, son fundamentalmente por patologías crónicas agudizadas o agudas, sin embargo no se ha reportado hasta este momento algún caso relacionado a lesión vascular transoperatoria que culmine en amputación del miembro pélvico.

Reporte del caso: Masculino de 19 años de edad con antecedente de hernia inguinal derecha y de hernioplastia inguinal derecha en medio privado dos días antes de su ingreso al servicio de urgencias del Hospital General de México OD. A su ingreso se encontró con bien nutrido, hidratado y con estabilidad cardiohemodinámica; a nivel inguinal derecho se detectó una herida de 20 cm de tamaño, transversal desde la espina ilíaca anterosuperior hasta arriba del nivel de la espina izquierda del pubis, hematoma no evolutivo a lo largo de la herida y datos de inflamación moderados a severos en vecindad a la herida que involucraban el escroto, el muslo derecho y la región inferior del hemiabdomen del lado derecho; igualmente del lado derecho, ausencia de pulsos femoral, poplíteo y pedio, con cambios tróficos, de temperatura, sensibilidad y falta de movilidad del tercio distal de la pierna y pie. Sus exámenes de laboratorio sólo mostraron alteraciones leves con leucocitosis, trombocitopenia, alargamiento de los tiempos de coagulación y elevación de azoados. La valoración por el servicio de angiología determinó: obstrucción arterial aguda desde los vasos femorales y presencia de flujo colateral hasta el tercio superior de la pierna, por lo que fue sometido a amputación supracondilea, fue manejado con antibióticos de amplio espectro y con vigilancia del hematoma en la herida quirúrgica. El paciente evolucionó en forma favorable, con re establecimiento de las alteraciones en la biometría hemática y azoados. La vigilancia clínica y con ultrasonido de la región inguinal y escrotal sólo demostró edema con integridad de las estructuras no vasculares, incluyendo el testículo. Fue dado de alta a los 10 días posteriores a la amputación y enviado a Rehabilitación física y psicológica. **Conclusiones:** Aunque la hernioplastia inguinal generalmente no es una técnica que conlleve grandes complicaciones es importante que se tomen las precauciones mediante una buena técnica quirúrgica que evite complicaciones como la aquí reportada. Esta complicación ya instalada debe resolverse oportunamente y antes de que ocurran consecuencias sistémicas que incluyan a la coagulopatía y a la insuficiencia renal aguda

200

HERNIA DE RICHTER: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Nohemí Preciado Amador, Ruvalcaba COG, Palomares CUR, González RLI, Bautista LCA. Servicio de Cirugía General, Hospital Civil Juan I. Menchaca SSA, Zapopan Jalisco

Introducción: La hernia de Richter se define como la protrusión o estrangulamiento de una parte de la circunferencia (borde antimesentérico intestinal) a través de un defecto de la pared abdominal. su inciden-

cia es menor al 1% del total de las hernias, afectan por igual a ambos sexos; la edad de presentación es entre la sexta y séptima década de la vida. La mayoría de los casos son adquiridos y unilaterales, pueden aparecer en cualquier localización siendo más frecuentes en la región inguinal y femoral. La presentación clínica raramente muestra datos de obstrucción intestinal; por lo regular se manifiesta con molestias abdominales vagas, ileo paralítico o presencia de masa palpable en la región inguinal. No existen datos de obstrucción intestinal completa, pero la porción involucrada experimenta compromiso vascular hasta llegar a la necrosis, dado que este tipo de hernias evolucionan con mayor rapidez a la necrosis y formación de abscesos, requiere un diagnóstico eficaz y preciso para evitar complicaciones como son las fistulas enterocutáneas o la muerte. El diagnóstico es complicado por la ausencia de signos de sospecha de etiología herniaria, ya que al no generar datos de obstrucción completa del lumen intestinal puede dar lugar a la aparición de síntomas como diarrea. La radiografía simple de abdomen es poco útil, ofrecerá datos de oclusión intestinal sin mayor información etiológica. El ultrasonograma, el tránsito intestinal baritado o la tomografía axial computarizada pueden ser diagnósticas, pero su indicación exige la sospecha clínica de esta variante diagnóstica. En la mayoría de los casos el diagnóstico de certeza se establece en el curso de una intervención quirúrgica. El tratamiento es quirúrgico mediante cirugía abierta o laparoscópica, comprobando la viabilidad intestinal y de ser necesario realizar resección del segmento afectado y entero-entero anastomosis. La reparación del defecto herniario puede realizarse mediante herniorrafia simple o con malla. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 62 años la cual acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal tipo cólico de una semana de evolución acompañado de náuseas, vómitos de contenido fecaloide y evacuaciones diarreicas. A la exploración física paciente en malas condiciones de hidratación, leve palidez mucotegumentaria, campos pulmonares con hipoventilación discreta en ambas bases, abdomen distendido, ruidos peristálticos disminuidos, blando depresible, doloroso a la palpación profunda, rebote presente, a la percusión timpanismo generalizado, tacto rectal sin hipertermia, heces presentes, escasas sin moco ni sangrado. Exámenes de complementación: HGB 11.5, HTC 30, PLT 300, WBC 13.0, NFS 75%, k 3.0, NA 127, CA 8.5, P 2.4, GLU 250, CREA 1.0, UREA 12. La radiografía de abdomen en bipedestación muestra múltiples niveles hidroáreos sin presencia de edema interasa. Se realiza corrección de desequilibrio hidroelectrolítico y metabólico, además de colocación de sonda nasogástrica, se realiza nueva radiografía de abdomen con persistencia de niveles hidroáreos, aumento del gasto fecaloide por sonda nasogástrica además de continuar con evacuaciones diarreicas. Dada la evolución se decide su intervención refiriendo como hallazgos múltiples adherencias laxas asa-asa y asa-pared, sin líquido libre en cavidad, borde antimesentérico a 90 cm de la válvula ileocecal introducido en anillo crural, se libera asa con necrosis de la pared intestinal y anillo dilatado de 2 cm de diámetro, se realiza resección y anastomosis terminal-terminal en dos planos, el defecto crural se repara mediante aproximación del tracto ileopúbico al ligamento de Cooper. **Conclusiones:** La importancia de la sospecha clínica de esta patología herniaria radica en que debe de establecerse el tratamiento quirúrgico urgente en oposición a la actitud conservadora que puede indicarse en la oclusión intestinal secundaria a patología adherencial, que además demora una intervención quirúrgica precoz lo que incrementa la morbilidad.

MÓDULO: INTESTINO DELGADO

201

HERNIA INTERNA POR DIVERTÍCULOS YEYUNALES

Miguel Ángel Miranda Del Olmo. Servicio de Cirugía General HGZ No. 2 IMSS, Cárdenas Tabasco

Introducción: Los divertículos en el intestino delgado fueron identificados por Chomel en 1710, Sir Astley Cooper describió en 1844 un divertículo yeyunal, Gordinier y Sampson en 1906 resecaron un divertículo yeyunal en un paciente con obstrucción intestinal. La diverticulosis yeyunal generalmente cursa asintomática. La frecuencia de los divertículos en intestino delgado es de 1.1 a 1.3%, los casos que requieren cirugía van del 10 al 20%. Los divertículos están asociados a disfunción intestinal y aumento de la presión intraluminal lo que provoca protusión de la mucosa y submucosa por el borde mesentérico en el punto donde penetran los vasos sanguíneos, se diagnostican en estudios contrastados, laparotomía o en autopsias, la sintomatología crónica es dolor vago epigástrico, sensación de plenitud y cuadros de oclusión parcial con resolución espontánea. **Reporte del caso:** Masculino de 70 años que ingresó a nuestro hospital con dolor abdominal tipo cólico difuso, distensión, así como náusea y vómito de contenido gástrico-alimentario, siendo manejado de inicio en forma conservadora con prokinéticos sonda nasogástrica y soluciones parenterales mejorando a las 48 hrs por lo que se inició la vía oral y nuevamente presentó el mismo cuadro, en RX de control se apreciaron niveles hidroáreos y disten-

sión de asas sugestivos de oclusión intestinal, se decidió laparotomía exploradora encontrando hernia interna de yeyuno por válvula de divertículo yeyunal, se liberó el asa y se procedió a realizar extirpación de varios divertículos yeyunales, los cuales se localizaron a 4,6, 10 y 15 cm del Treitz y reparación en dos planos, se envió pieza a patología, reportó divertículos yeyunales, evolucionaron satisfactoriamente, fue egresado a los 5 días tolerando la vía oral y evacuando de características normales sin complicaciones. **Conclusiones:** Las complicaciones de los divertículos yeyunales son obstrucción mecánica, perforación válvula y hemorragia, el diagnóstico generalmente se realiza como hallazgo en laparotomía exploradora y raramente preoperatoriamente, el manejo es con extirpación o bien resección del segmento afectado, en este caso dada la cercanía con el ángulo de Treitz se le realizó extirpación de los divertículos y el paciente evolucionó satisfactoriamente sin complicaciones y egresó en buenas condiciones generales.

202

PRESENTACIÓN TARDÍA DE UN CONDUCTO ONFALOMESENTERICO PERMEABLE

Javier Niño Solís, Eterovic RD. Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional IMSS, México D.F.

Introducción: Cuando la reabsorción del conducto onfálmico esente no se lleva a cabo en forma adecuada quedan restos embrionarios que se clasifican y denominan seno del conducto onfálmico esente, quiste del conducto onfálmico esente, divertículo de Meckel, conexión fibrosa del ileón al ombligo o fistula umbilicoileal, esta última es la más rara de estos y sólo se reportan dos casos en la literatura. **Reporte del caso:** Femenino de 66 años de edad, con 4 meses de evolución con calor, dolor y rubor umbilical, seguido a los pocos días de salida de material seroso que progresó a intestinal. A la exploración se determinó salida de material intestinal por la cicatriz umbilical, se estudió con colon por enema demostrando en placa tangencial comunicación entre piel y tracto digestivo, fistulograma con paso del medio de contraste a ileón. Se sometió a cirugía encontrando continuidad desde la cicatriz umbilical hacia el borde antimesentérico del ileón a 50 cm de la válvula ileocecal, realizando resección con anastomosis laterolateral, con evolución postoperatoria satisfactoria. El reporte histopatológico concluyó restos del conducto onfálmico esente. **Conclusiones:** La fistula umbilicoileal por persistencia del conducto onfálmico esente es extremadamente rara, ocurriendo en el 15% de las malformaciones del conducto vitelino. El estudio diagnóstico más eficiente es el fistulograma, debido a sus potenciales complicaciones de oclusión intestinal, intususcepción y sangrado se recomienda su resección aún en pacientes asintomáticos. Este reporte aporta un caso raro de presentación en el adulto.

203

DIVERTÍCULO DE YEYUNO, PRESENTACIÓN DE UN CASO EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Norberto Hernández Martínez, García MAR, Miranda FP, Barrera JM, Miramontes AC. Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México SSA, México D.F.

Introducción: Los divertículos de yeyuno ileon son de rara presentación, representan el 0.9-1% de la enfermedad diverticular del tubo digestivo. Su curso es asintomático o dada por la complicaciones, perforación, hemorragia y oclusión intestinal, donde el manejo es inminentemente quirúrgico. **Objetivo:** Presentación de caso clínico de divertículo de yeyuno proximal abscedado, manejado mediante diverticulectomía y cierre primario, como complicación rara de esta patología de escasa incidencia. **Reporte del caso:** Masculino de 39 años comerciante quien ingresa al servicio de Cirugía General con el diagnóstico de abdomen agudo tipo inflamatorio, con antecedentes de hepatitis viral A en la infancia sin complicaciones, absceso hepático amebiano hace 7 años tratado con antibioticoterapia sin complicaciones, refiere desde entonces cuadros repetitivos de dolor abdominal tipo cólico leve manejados ambulatoriamente como sind. de intestino irritable. Inicia su padecimiento actual dos días previos a su ingreso por presentar dolor abdominal de inicio en mesogastrio de leve a moderada intensidad, sin irradiación, ni exacerbación, refiere 24 hrs. después acentuarse el dolor en cuadrante superior izquierdo, para lo cual se automedica con analgésicos no especificados con mejoría parcial, se le agrega al cuadro clínico aumento de temperatura no cuantificada, hiporexia, astenia, adinamia, náuseas sin llegar al vómito. A la exploración física consciente, orientado, con ligera palidez de piel y tegumentos, regularmente hidratado, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen plano blando depresible sin hiperestesia e hiperbaralgia a la palpación superficial con dolor a la palpación media y profunda en cuadrante superior izquierdo donde se palpa masa de aproximadamente 4 X 4 cm indurada retráctil probablemente dependiente de retroperitoneo a la maniobra de Smith Bates, peristalsis disminuida en intensidad y frecuencia, sin datos de irritación peritoneal. Placa de abdomen de pie con un nivel hidroáereo a nivel de CSI. Laboratorios con leucocitosis y neutrofilia. **Resultados:** Se realiza LAPE

encontrando divertículo de yeyuno cerrado infectado a 10 cm de ligamento de treitz de aproximadamente 12 X 8 cm conteniendo material purulento. Se realiza diverticulectomía. La evolución post-operatoria es satisfactoria hacia la mejoría. El reporte de patología describe divertículo de yeyuno, con inflamación aguda inespecífica. **Conclusión:** El divertículo de yeyuno es una patología de presentación poco frecuente del 0.9 al 1% de la enfermedad diverticular del tubo digestivo. En la literatura internacional el manejo inicial es conservador ante su presencia como hallazgo quirúrgico sin complicaciones y quirúrgico para el manejo de sus complicaciones. El caso citado representa el éxito del manejo quirúrgico de una patología poco frecuente reincorporando al individuo a su vida productiva.

204

SUBOCLUSIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD DE CROHN

José Luis Lara Olmedo, Campos CS, Cervantes CJ, Ayala LE, Angulo FA. Servicio de Cirugía General, Hospital de Especialidades La Raza IMSS, México D.F.

Introducción: La oclusión intestinal es una entidad clínica conocida desde los tiempos de Hipócrates y constituye uno de los cuadros clínicos más atendidos en las salas de urgencias. Debe diferenciarse entre oclusión intestinal (OI), que consiste en la detención completa y persistente del contenido intestinal en algún punto a lo largo del tubo digestivo, donde hasta 75% de los casos es secundaria a adherencias peritoneales postquirúrgicas, y 25% se atribuye a hernias, otras causas menos comunes incluyen enfermedad de Crohn (EC), isquemia, radiación, intususcepción, volvulo, neoplasias, ileo biliar y bezoares; suboclusión intestinal (SOI), cuando dicha detención no es completa; pseudo-oclusión intestinal (POI), consiste en un síndrome raro y complicado caracterizado por alteraciones de la propulsión gastrointestinal en ausencia de alteraciones anatómicas. Los síntomas más comunes incluyen dolor, náusea, vómitos, distensión abdominal y obstrucción. El diagnóstico es clínico y radiológico, sin embargo, 20-30% de los pacientes presentan síntomas atípicos o signos radiológicos no concluyentes, y son mejor evaluados mediante TC con una sensibilidad y especificidad de hasta el 90%. El tratamiento inicial es mediante resucitación hidroelectrolítica, descompresión nasogástrica, sin embargo, el dilema principal consiste en decidir si intervenir quirúrgicamente y en qué momento. **Reporte del caso:** Masculino de 30 años, con antecedente de enfermedad acidopéptica, sin otros antecedentes, inicia padecimiento 6 meses previos al internamiento, con cuadro de dolor abdominal cólico intenso, súbito, difuso, distensión, obstrucción, evacuaciones diarreicas intermitentes y pérdida de peso sin fiebre; que se exacerba en varias ocasiones acudiendo a urgencias donde se da tratamiento sintomático y egresa con mejoría parcial. Finalmente es enviado a este hospital para complementación diagnóstica por sospecha de POI, realizándose radiografías simples de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado y colon, sin imagen de volvulo, colon por enema normal, tránsito intestinal con retraso en el tiempo del mismo, sin otras alteraciones, TC abdominopélvica con dilatación de colon ascendente y sigmoídes, sin tumoraciones, con asas de intestino delgado con paredes engrosadas; US de hepatobilial con lodo biliar, colonoscopia con patrón mucoso y vascular normal. Se maneja conservadoramente 10 días, con mejoría parcial, sin adecuada tolerancia a la vía oral, por lo que se decide intervención quirúrgica encontrando yeyuno e ileon proximal dilatados, con paredes engrosadas, estenosis a 230 cm del ligamento de Treitz con infiltrados blanquecinos en su pared y múltiples adenomegalias de mesenterio y epiplón, resto sin alteraciones. Se realiza resección intestinal y enterointero anastomosis término-lateral en dos planos. Evoluciona adecuadamente, tolerando la vía oral y egresa sin complicaciones. Se envía transoperatorio de adenomegalia mesentérica y producto de resección reportando ausencia de células malignas. El estudio definitivo de patología reporta EC. **Conclusiones:** La OI, SOI y POI, son términos distintos que siempre hay que tener en cuenta, ya que el diagnóstico y tratamiento dependen de ello. En el caso presentado, el cuadro clínico y los resultados de los estudios paraclínicos aportan datos inespecíficos, lo cual confunde el diagnóstico y retrasa el tratamiento quirúrgico definitivo, esto aunado a que la EC es una causa rara de OI, con un bajo índice de sospecha, sobre todo en un paciente sin antecedentes de enfermedad inflamatoria intestinal, ni manifestaciones extraintestinales. El tratamiento quirúrgico en este caso resuelve la obstrucción mecánica y el paciente evoluciona sin complicaciones al momento de su egreso.

205

TUMORES DEL ESTROMA INTESTINAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

Noemí Preciado Amador, Ruvalcaba COG, Valenzuela PJA, Franco TR, Toscano IX, Centeno FMW, Maciel GVM, Palomares CUR, Bautista LCA. Servicio de Cirugía General, Hospital Civil Juan I. Menchaca SSA, Zapopan Jalisco

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal o también llamados tumores GIST (por sus siglas en inglés, gastrointestinal stromal tumor) constituyen un grupo de neoplasias de los tejidos blandos originados de las células intersticiales de Cajal. Previo al advenimiento de las nuevas técnicas de inmunohistoquímica, este tipo de sarcomas eran catalogados como leiomiomas, leiomirosarcomas, o leioblastomas, siendo refractarios al tratamiento convencional con quimioterapia y radioterapia, identificando la sobreexpresión del receptor de la tirosina kinasa (KIT, CD 117), el cual es un receptor de membrana mutante glicoproteíco transmembrana localizado en el brazo largo del cromosoma 4 que se encuentra en el 95% de los pacientes. En la mayoría de los casos la presentación clínica es inespecífica y ocasionalmente se manifiestan como grandes masas abdominales. Cerca del 70% de los pacientes son sintomáticos, 20% asintomáticos y 10% son detectados en autopsia. Cuando se presentan síntomas pueden ser de forma aguda con pérdida de peso, oclusión intestinal, dolor abdominal (65%), náuseas y vómito (35%), sangrado y perforación (10%). Para establecer el diagnóstico es fundamental emplear diferentes procedimientos de acuerdo a la localización sospechada, como la endoscopia, ultrasonograma transendoscópico, tomografía axial computarizada y colonoscopia; ante la sospecha de diseminación metastásica se debe emplear radiografía de tórax. Resulta igualmente útil, la capsula endoscópica, que permite visualizar la mucosa de todo el intestino delgado y colon. El estudio ECO doppler indica en forma indirecta la postura vascular de la lesión con intensa proliferación de vasos característicos de los tumores del estroma gastrointestinal. En el 2001 Fisher propone una clasificación encaminada a definir el potencial del comportamiento agresivo de los tumores del estroma gastrointestinal, tomando como referencia el tamaño del tumor y el índice mitótico de la pieza analizada. La resección quirúrgica es la principal modalidad terapéutica, no obstante suelen presentarse 40% de recurrencias al cabo de dos años. El tratamiento depende del tipo de tumor su tamaño, localización, afectación a órganos vecinos, diseminación y grado de diferenciación. Se debe realizar resección del tumor en forma total. En los casos que presentan metástasis al momento de su presentación la sobrevida promedio es inferior a un año. El mesilato de imatinib es un medicamento útil en los casos avanzados o irresecables. **Objetivo:** Reportar la incidencia en el Hospital Civil de Guadalajara «Juan I. Menchaca» de los tumores del estroma gastrointestinal en sus diferentes presentaciones y características y su respectiva evolución. **Material y métodos:** Revisión de la bibliografía actual; búsqueda en la base de datos hospitalaria de la experiencia en diez años, mostrando las características y comportamiento de este tipo de tumores así como la presentación de un caso. **Resultados:** En la revisión realizada en diez años se obtuvieron nueve casos de los cuales cuatro corresponden al sexo masculino y cinco al sexo femenino, la media de edad es de 49.3 años (32 - 76 años), el promedio del tamaño del tumor de 9.8 centímetros (5 - 24 centímetros), en lo que refiere a la localización: dos en estómago, uno en duodeno, cinco en ileon y uno en colon; el grado de diferenciación corresponde a dos de alto grado y siete de bajo grado. **Conclusiones:** Los tumores del estroma gastrointestinal son entidades clínicas infrecuentes, en nuestra experiencia hospitalaria no existe significancia estadística en relación al género (cuatro masculino vs cinco femenino); sin embargo, sí existe diferencia en cuanto a la edad de presentación con promedio de 49.3 años (reportada en la literatura promedio de 62 años); en lo que refiere a la localización nuestra experiencia demuestra la mayor incidencia en intestino delgado (55.55%), estómago (22.22%), duodeno (11.11%) y colon (11.11%), a diferencia de lo reportado en la literatura en donde el estómago es el principal órgano afectado (60 - 70%).

206

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST) UN HALLAZGO INCIDENTAL COMO ETILOGÍA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO DE ORIGEN OSCURO

J Luis Cervantes Montoya, Cervantes PO, Espinosa De Los Monteros SD. Servicio de Cirugía General. Clínica de Los Altos, Tepatitlán Jalisco

Introducción: Los tumores del estroma Gastrointestinal (GIST), son una causa infrecuente de sangrado de tubo digestivo alto (STDA) en general. Aunque éste es uno de los signos más frecuentes en la presentación de los mismos. La localización más frecuente de estos tumores es el estómago, reportándose desde un 50-70 de los casos, seguidos del intestino delgado con un 20-30% y más raros en esófago, colon o recto. **Reporte del caso:** Se trata de un paciente masculino de 42 años de edad, sin antecedentes de importancia para el caso, inicia dos meses previos con la presencia de abundantes melenas, que lo llevan a una Hb de 8.5 gr, por lo que se hospitalizó en otra unidad, transfundiéndole en esa ocasión dos unidades de paquete globular, le efectúan colonoscopia y endoscopia alta que resultan negativas para determinar el origen del sangrado. Acudiendo a nuestro servicio se continúa su estudio efectuándole un tránsito intestinal, el cual claramente reporta como dato único, un divertículo yeyunal. Por esta razón el paciente es sometido a laparotomía exploradora, que docu-

menta el divertículo y además una masa de aprox. 4 cm de diámetro en yeyuno (Sito del STDA) a 3 cm del ángulo de Treitz, la cual es altamente vascularizada, sin presencia de ganglios locorregionales. Se efectúa resección del divertículo y del intestino con la zona tumoral, realizando una anastomosis término-terminal, mediante liberación del asa fija. La evolución postoperatoria ha sido sin eventualidades. El estudio de Inmunohistocímica reporta GIST de bajo riesgo, ulcerado, positivo para CD34 y CD 117, desmina negativo. **Conclusiones:** Ante la presencia de un STDA con endoscopia y colonoscopia negativas, un estudio de transito intestinal puede ser de utilidad para dilucidar la causa del sangrado. En el presente caso el estudio demostró un divertículo Yeyunal como probable causa del sangrado y suficiente para decidir una laparotomía exploradora que permitió la identificación de la tumoración que fue el origen del problema.

207

TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL EN INTESTINO DELGADO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

Alberto Mitsuo León Takahashi, López MS, Pierdant LR, Cárdenas LL. Servicio de Cirugía General, Hospital General SSA, México D.F.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GISTS) son los tumores mesenquimatosos más comunes del tracto gastrointestinal con alto potencial maligno. Las células neoplásicas se originan de un precursor común que da origen a las células intersticiales de Cajal del plexo miéntrico. La incidencia de 10 a 20 casos por millón de personas y la edad promedio de 60 a 69 años. Se presenta en cualquier parte del tubo gastrointestinal principalmente en estómago (50%), intestino delgado (25%), colon (10%), mesenterio (7%) y esófago (5%). Son lesiones de tipo nodular solitarias y bien definidas con presencia de degeneración quística, necrosis y hemorragia. Microscópicamente se observan células en huso o epiteloides. Las metástasis son a hígado y peritoneo, es rara la invasión linfática y extraperitoneal. Clínicamente se manifiesta por sangrado de tubo digestivo, perforación, abdomen agudo o más raro obstrucción intestinal, se palpar una masa grande en abdomen, puede ser un hallazgo incidental por estudios de gabinete. La inmunohistoquímica es confirmatoria para el diagnóstico donde más del 95% es positivo para c-KIT (CD117), 60% a 70% para CD34, 30 al 40% para actina del músculo liso. Ante la presencia de abdomen agudo se realizará exploración abdominal y el diagnóstico de GIST se determinará por reporte de patología donde se debe confirmar que la enfermedad ha sido completamente resecada, descartar metástasis y estadificar para lo cual se usa el tamaño y localización del tumor y el índice mitótico. Todos los tumores mayores a 2 cm requieren resección completa. La cirugía continúa siendo el pilar del tratamiento en tumores resecables y sin metástasis con buenas tasas de supervivencia del 90% a 5 años. Tumores recurrentes o metastásicos tienen mejor sobrevida con inhibidores del receptor tirosincinasa. **Reporte del caso:** Mujer de 81 años que refiere cuadro de un año de evolución, caracterizado por dolor en hemiabdomen inferior tipo cólico, intenso, intermitente, acompañado de náusea y vómito ocasional, hiporexia, estreñimiento y pérdida de peso de 10 Kg. Acude a urgencias por agudización del cuadro doloroso abdominal de 3 días de evolución, relacionado a ingesta de alimentos ricos en grasas de manera copiosa, localizado a epigastrio tipo espasmódico, que irradia en cinturón hacia la región lumbar, acompañado de vómitos de contenido gastrobiliario, con lo que mejora parcialmente el dolor. En este lapso, es manejada en medio privado con antieméticos y bloqueadores H2 sin mejoría. A la exploración física se encontró con TA de 150/70, FC 76 por minuto, temperatura 36.5 grados centígrados, mal hidratada, abdomen distendido con peristalsis disminuida, dolor en fossa iliaca derecha en donde se palpa plastrón, rebote positivo, ampolla rectal vacía. Las radiografías de asa muestran gran dilatación de asas de delgado. Biometría hemática: hemoglobina 13.3, leucocitos 2,700 (3% de bandas), plaquetas 180,000. Con diagnóstico de obstrucción intestinal permanece en el servicio de urgencias con manejo conservador. Por falta de respuesta a tratamiento y con diagnóstico presuntivo de obstrucción intestinal secundaria a tumoreación vs hernia interna, se programa a la paciente para laparotomía exploradora al tercer día de estancia. Se tienen como hallazgos lito de aproximadamente 4 cm de longitud, localizado a ileon a 130 cm de la válvula ileocecal y plastrón en cuadrante superior derecho correspondiente a epiplón sobre el área hepatobiliar. Se realiza enterotomía longitudinal de 4 cm, extracción de lito, revisión manual del segmento intestinal proximal y cierre transversal en dos planos con vycril 2-0. La paciente evolucionó en forma satisfactoria, al 40. día se instala transito intestinal, se inicia vía oral y se egresa al 50. día. evolucionando sin complicaciones en el seguimiento dado a nivel de consulta externa 3 meses después del egreso. **Conclusiones:** Ileo biliar es una patología poco frecuente en nuestro medio. Se presenta como una complicación de la litiasis vesicular. Su forma de presentación es a través de un cuadro de obstrucción intestinal. El tratamiento de urgencia va encaminado a la resolución de la obstrucción intestinal.

209

ILEO BILIAR: REPORTE DE UN CASO

Pablo Serrano Rodríguez, Oropeza MR, García AL, Jiménez GA, Zepeda NC, Luna MJ, Ruiz VB, Esquivel CV, Muñoz IE, Cruz ZA, León FA. Servicio de Cirugía General, Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX, México D.F.

Introducción: El ileo biliar es una manifestación rara (1% al 3% de los casos con obstrucción intestinal). Es causado por la erosión hacia la luz intestinal por un lito a través de una fistula colecistoenterica. La obstrucción del transito intestinal a nivel del píloro, secundario a un lito, se ha denominado síndrome de Bouveret. La morbilidad se encuentra entre el 11% al 25% y aunque ha disminuido con el tiempo, la mortalidad se mantiene entre el 12% al 72% posterior al tratamiento quirúrgico del ileo biliar. El diagnóstico del ileo biliar es difícil. Sólo se diagnostica correctamente en el 43% los pacientes preoperatoriamente. Aunque la sintomatología es típica de obstrucción intestinal. Sólo algunos pacientes tienen síntomas sugestivos de colecistitis aguda, y cerca del 50% tienen antecedentes de colelitiasis. Las pruebas de función hepática son anormales en el 40% de los pacientes, sin embargo la ictericia se presenta raramente. Las placas de abdomen muestran patrón de obstrucción intestinal, y neumobilidad en el 50% de los pacientes. El tratamiento de elección en los pacientes con ileo biliar consiste en resolver la obstrucción intestinal. Se

208

ILEO BILIAR

Guadalupe Chávez Vásquez, Aguirre CJ, Mora GF, Del Carmen CG. Servicio de Cirugía General, Hospital Darío Fernández ISSSTE, México, D.F.

han propuesto 2 tipos de manejo, el primero en que se puede realizar el tratamiento en una etapa quirúrgica, que consiste en enterolitotomía, colecistectomía y reparación de la fistula; o en dos etapas, realizando enterolitotomía y posteriormente colecistectomía con reparación de la fistula, siendo este último el procedimiento de elección del ileo biliar, teniendo menor morbilidad y mortalidad. **Reporte del caso:** Mujer de 78 años de edad, DM negado, has positivo, quirúrgicos positivos por prótesis de cadera, negó alérgicos o transfusionales. Inicia el día de su ingreso con dolor abdominal generalizado, rebote positivo, asociado a náusea y vómito, se encuentra neumobilia en placa de abdomen, con mal estado general con datos de hipoperfusión generalizada y acidemia compensada por lo que se decide realizar laparotomía. En decúbito supino. Se realiza incisión supra e infraumbilical. Se visualiza contenido intestinal fétido abundante en cavidad. Se encuentra plastrón en ángulo hepático. Intestino delgado pálido con algunas zonas de isquemia con predominio en yeyuno, dilatación en ciego datos de isquemia hasta descendente. Se palpa lito de aproximadamente 15 x 6 cm en descendente que obstruye su luz en su totalidad, por arriba de la obstrucción se identifica zona de perforación con salida de material intestinal. Se procede a disecar fascia de Toldt, disecando ángulo hepático y encontrando y disecando fistula colecistocolónica, se pinza-liga-corta omento mayor y mesocolon, se libera fascia de Toldt hasta descendente. Se pinza proximal y distal con clamps intestinales colon descendente seccionándolo. A 30 cm de válvula ileocecal se pinza ileon proximal y distalmente seccionándolo. Se extira pieza quirúrgica. Se realiza colecistostomía con sonda de Foley de 12 fr. a 2 metros del treitz se colocan clamps intestinales, realizando resección intestinal de 30 cm de yeyuno. Se realiza colostomía, yeyunostomía, fistula mucosa de yeyuno e ileostomía. Se fijan y maduran estomas con técnica de Brooke vicryl 2/0. Se introduce drenaje Blake hacia espacio de Morrison. Por contra abertura se colocan drenajes tipo Saratoga hacia ambas correderas parietocálicas. Se realiza lavado de cavidad con 3,000 cc de solución fisiológica. Se verifica hemostasia. Cuenta textil completa. Se cierra aponeurosis. Se deja herida abierta. Paciente pasa a terapia intensiva y fallece a las 24 horas por choque séptico. **Conclusiones:** El ileo biliar es una patología poco frecuente pero que se debe de considerar como diagnóstico diferencial en cuadros de dolor abdominal en los pacientes adultos principalmente entre 70 y 80 años, requiere de un diagnóstico rápido para un manejo adecuado y lograr una baja mortalidad.

210

PERFORACIÓN INTESTINAL ESPONTÁNEA POR ACTINOMICOSIS ABDOMINAL

Alberto Campos Rivera, Ortiz CG, Mendoza SA. Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Saltillo, UADEC, Lerdo Durango

Introducción: La actinomicosis es una entidad causada por una bacteria grampositiva saprofita anaerobia: *Actinomyces israelii*, la cual se halla de manera endógena en cavidad oral y tracto gastrointestinal alto. Sus presentaciones habituales por frecuencia son: cervicofacial, abdominal y torácica. La abdominal se asocia con cuadros situados en el lado derecho del abdomen, como apendicitis aguda. **Reporte del caso:** Se trata de un paciente masculino, de 47 años de edad, quien ingresa por dolor abdominal de 1 semana de evolución sobre fossa iliaca y flanco derechos, acompañado de náusea y vómitos. Antecedentes de importancia: 2 años atrás se sometió a laparotomía exploradora por obstrucción intestinal, encontrándose hernia de Ritter. A su ingreso con abdomen distendido, y ausencia de peristalsis, presentando leucocitosis de 18,800 a expensas de neutrofilia en 82.4%. Las radiografías de abdomen con distensión de asas en cuadrante inferior derecho. Se ingresa con el dx de Oclusión intestinal. Se decide manejo conservador hasta el séptimo día de estancia en que se realiza LAPE en la que se encuentran múltiples adherencias en toda la cavidad abdominal, perforación a 150 cm del ángulo de Treitz, con zona de necrosis múltiples y absceso limitado a la zona de perforación del intestino delgado. Se realiza ileostomía y fistula mucosa. En el post-quirúrgico con evolución favorable. El reporte del servicio de patología: tinción de Gram positiva a bacilos Gram positivos, Actinomicosis. Por mejoría clínica evidente se egresa al día 15 de estancia, sin complicaciones hasta el momento. **Conclusiones:** De las 3 formas de presentación de la actinomicosis, la abdominal suele darse tras cirugía intraabdominal, partiendo de zonas en las que existe una mayor estanquedad, como son el ciego y el apéndice. Atravesada la mucosa, la diseminación por contigüidad es la forma más habitual de propagación, siendo la linfática y la hematogena menos comunes. Los pilares del tratamiento son la antibiototerapia y el desbridamiento quirúrgico. La cirugía se emplea para eliminar el tejido necrótico y drenar contenido purulento, y en ocasiones para alcanzar un diagnóstico definitivo. Este caso, como los escasos que han sido reportados, ilustra la diversidad de presentación de esta enfermedad, que debe considerarse a pesar de su poca frecuencia en situaciones de patología abdominal con expresión infrecuente, haciendo énfasis en el papel que desempeña la cirugía en el tratamiento de esta rara enfermedad.

211

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL PEDIÁTRICA RESUELTA POR CIRUJANO GENERAL

Sergio Samuel García Carrillo, Perea SJ. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Iguala SSA, Iguala Guerrero

Introducción: Presentamos un caso de intususcepción intestinal pediátrica de urgencia que tuvo que ser resuelta por cirujano general no pediatra. **Reporte del caso:** Se trata de una paciente del sexo femenino lactante menor quien es llevada a nuestra institución por cuadro de 48 hrs caracterizado por irritabilidad, distensión abdominal, decaimiento, así como presencia de evacuaciones en jalea de grosos. Con radiografías demostrando niveles hidroáreos y falta de aire en ampolla rectal, así mismo con laboratorios con leucocitosis de 18,000. Debido a que no se contaba con cirujano pediatra y dada la urgencia es intervenida quirúrgicamente por cirujano general encontrando como hallazgos invaginación intestinal ileocólica con compromiso del tercio distal del apéndice cecal, «ordeñando» la invaginación y realizando apendicectomía tipo Pouchet; ya que el segmento intestinal no tuvo complicaciones no se realizó resección. La evolución postoperatoria es hacia la mejoría, con signos vitales estables, tolerancia al seno materno, peristalsis presente y evacuaciones normales, por lo que es dada de alta al 6to día y posteriores revisiones hasta el mes sin complicaciones. **Conclusiones:** La introducción de un segmento de intestino en el interior de un segmento intestinal adyacente (intususcepción) produce obstrucción intestinal y puede resultar en compromiso de la irrigación del segmento afectado. En niños el punto guía más frecuente es una placa de Peyer agrandada. Siendo la invaginación ileocólica la más frecuente. La reducción hidrostática puede lograrse en sala de rayos X por personal capacitado, pero es no es prudente llevarla a cabo cuando el paciente ha presentado síntomas de más de 48 hrs de evolución o si existe obstrucción intestinal franca, como ocurrió en nuestro paciente. Se presenta el caso como ejemplo del papel aún vigente del cirujano general para resolver urgencias de otras subespecialidades cuando no se puede recurrir a éstas de primera instancia.

212

INTUSUSCEPCIÓN ILEOCÓLICA EN COLON TRANSVERSO SECUNDARIA A PREPARACIÓN INTESTINAL CON POLIETILENGLICOL

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

Introducción: La intususcepción intestinal es cuando un segmento proximal de intestino se telescopia dentro de la luz del segmento adyacente distal. En el adulto representa el 1% de las causas de obstrucción intestinal. En esta población su etiología es demostrable en 70 a 90% de los casos. La intususcepción intestinal en el adulto fue descrita por primera vez por Barbette en el año 1967 en Ámsterdam, siendo su evolución en la mayoría de las casos mortal hasta mediados del siglo XIX. En 1871 Sir Jonathan Hutchinson realizó la primera reducción quirúrgica exitosa. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 40 años la cual es manejada por tumoración de 4 x 3 cm en ciego con biopsia positiva para adenocarcinoma moderadamente diferenciado. La paciente se programó de manera electiva para hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis. El día previo a la cirugía se inició preparación intestinal con polietileniglicol de manera habitual. Posterior a la preparación intestinal la paciente presentó dolor abdominal y distensión así como una tumoración en la fossa iliaca derecha. La paciente se somete a laparotomía exploradora de urgencia encontrando intususcepción del ileón al ciego y del ciego y colon ascendente en el colon transverso. Se realizó hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis. El reporte de patología informó una etapa clínica IIA por T3N0M0. **Conclusiones:** La intususcepción en el adulto es una condición rara, habitualmente es debida a patología tumoral. La preparación intestinal con polietileniglicol es un método seguro, pero no está exenta de complicaciones diferentes a las metabólicas.

213

INVAGINACIÓN INTESTINAL CRÓNICA EN ADULTO, REPORTE DE UN CASO

José Arturo Vázquez Vázquez. Servicio de Cirugía General, Hospital General Tampico ISSSTE, Escuela de Medicina Universidad del Noreste Tampico, Cd. Madero Tamaulipas

Introducción: La invaginación intestinal es la introducción de un segmento intestinal en otro. Generalmente es una condición de urgencia que afecta niños, entre 5 y 9 mes de edad y es extremadamente rara en adultos. En niños el cuadro de presentación es agudo, siendo la etiología usualmente idiopática, probablemente relacionado a una alteración de la

motilidad intestinal y las más frecuentes son las ileocólicas. En los adultos la invaginación intestinal por lo general también es un evento agudo y está asociado a tumores benignos y malignos del intestino, divertículo de Meckel, úlceras crónicas, bridas, adherencias, ganglios mesentéricos de gran tamaño, aunque en un 10% de los casos no se puede determinar su origen. Como es una patología que genera obstrucción intestinal, las principales manifestaciones son: dolor, distensión abdominal, vómito y heces sanguinolentas de las llamadas en jalea de grosella y en un 63 a 85% de los casos se presenta masa palpable. La prueba de sangre oculta en heces es importante porque suele ser positiva en casos sospechosos. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 55 años sin antecedentes de importancia, inicia su padecimiento actual seis meses previos a su ingreso a nuestro hospital con episodios de dolor abdominal de leve a moderado en epigastrio e hipocondrio derecho, no náusea ni vómito ni alteraciones en las evacuaciones. A la exploración física con ruidos peristálticos sin datos patológicos y llama la atención masa abdominal palpable en hipocondrio derecho, móvil y dolorosa sólo a la palpación profunda. Ultrasonido reporta hígado y páncreas de dimensión y ecogenicidad, sin alteraciones, vesícula y vía biliar sin datos patológicos, masa en cuadrante superior derecho, anterior y medial al riñón del mismo lado, por debajo e independiente del hígado. Colon por enema con defecto de llenado con bordes nodulares a nivel de colon ascendente proximal al ángulo hepático. Con diagnóstico de tumor de colon derecho nuestro paciente es llevado a laparotomía exploradora en la que se encuentra masa dependiente de colon derecho de aproximadamente 18 cm de diámetro mayor en donde llama la atención invaginación del ciego, válvula ileocecal y apéndice. Se procede a hemicolectomía derecha con ileo transverso anastomosis, sin complicaciones y con evolución postoperatoria satisfactoria. El reporte anatopatológico señala: Producto de hemicolectomía derecha con ileon terminal, apéndice y ciego invaginado dentro del colon ascendente. A la desinvaginación del mismo se aprecia ileon terminal de 16 cm, apéndice cecal de 7 x 1 cm, colon ascendente de 10 x 4 cm dentro del ciego se aprecia masa hemorrágica, necrótica y polipoide de 12 x 10 x 9 cm, que ocupa totalmente la luz y respeta la serosa. Adenocarcinoma de ciego bien diferenciado, tipo fungoso con invasión a la pared muscular, sin rebasarla, márgenes quirúrgicos sin tumor, ganglios linfáticos sin enfermedad metastásica. **Conclusiones:** La invaginación intestinal es un cuadro poco frecuente en los adultos. Los síntomas clínicos suelen ser inespecíficos, por lo que suelen ser necesarios estudios radiológicos como en este caso el colon por enema para llegar al diagnóstico. Aunque en el niño el tratamiento de elección es la reducción hidrostática con enema de bario o la desinvaginación por taxis, es decir la reducción de la invaginación mediante presión distal suave. En el adulto debe practicarse una resección de la zona invaginada ante la posibilidad de que la causa de la invaginación esté asociada a enfermedad maligna.

214

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL POR LIPOMA SUBMUCOSO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fernando Corona Suárez, López GS, Hernández BMA, Aguilar JA, Salado IM, Bonilla VO. Servicio de Cirugía General, Hospital Regional PEMEX, Cd. Madero Tamaulipas

Introducción: Los lipomas son los tumores benignos más frecuentes en el tubo digestivo y hasta el 50% se encuentran en el colon. La mayoría es submucoso y varían de acuerdo a su incidencia, localización, sintomatología y patogénesis. La intususcepción del intestino delgado es una entidad de poca incidencia y de más rara presentación en el adulto. El objetivo de presentar este caso fue conocer las diferentes manifestaciones clínicas causadas por un lipoma en la porción ileocecal al desarrollar una intususcepción con oclusión intestinal, y hacer una revisión de la literatura de los datos clínicos que le preceden así como su evolución de dicho padecimiento y con ello tomar la decisión quirúrgica oportuna disminuyendo con la morbilidad de nuestros pacientes. **Reporte del caso:** Paciente femenina de 41 años de edad, con antecedentes quirúrgicos de 3 cesáreas, Po fístula rectovaginal en 1997, alérgica a tiamina, aines y penicilina. Estando en estudio por Medicina Interna y Gastroenterología por eritema pigmentado fijo, dolor abdominal crónico y por imagen probable de tumoración de ileon terminal compatible con lipoma detectado en TAC de abdomen, se le había realizado colonoscopia dentro de lo normal hasta válvula ileocecal sin evidenciar dicha lesión 12-07-07, así como endoscopia superior con gastritis crónica agudizada e incompetencia de cardias sin repercusión esofágica 24-10-07, marcadores tumorales negativos para malignidad. Acude a urgencias el día 24-0-07 por agudización de dolor abdominal aumentando en forma súbita en mesogástrico e hipogástrico mal estado general, náuseas y vómitos en varias ocasiones, exámenes de laboratorio generales dentro de límites normales. El día 25-10-07 continúa con evolución tórpida dolor abdominal intenso, a pesar de manejo con analgésicos así como continuaba con vómitos de contenido gastrobiliar de mayor cantidad, Rx. de abdomen con niveles hidroáreos y asas de delgado

opacidad de fosa iliaca derecha psoas no visible, por lo que se decide someterse a laparotomía exploradora donde se detecta intususcepción severa de ileón con compromiso vascular con imposibilidad para la taxis, dilatación severa de ciego se realiza resección en bloque y se efectúa anastomosis término-terminal ileón colon en dos planos viciil 3 ceros y seda 3 ceros. Al abrir la pieza se detecta intususcepción de 20 a 30 cm de ileón con compromiso vascular severo con pólipos en su luz y apéndice cecal. La paciente presentó evolución satisfactoria con tendencia a la mejoría egresándose el 31-10-07, a la fecha sin complicaciones. Reporte de patología segmento de ileón, ciego y apéndice cecal, intususcepción de ileón a partir de un lipoma submucoso de 2.2 x 2.1 x 1.5 cm a 40 cm de la válvula ileocecal. Sin malignidad. **Conclusiones:** En la presentación de este caso se analiza la intususcepción secundaria a lipoma de intestino delgado y oclusión intestinal como manifestación clínica significativa. La obstrucción intestinal es una patología muy común relacionada con neoplasias benignas como malignas del intestino delgado, la cual puede deberse al efecto mecánico de la masa misma por su crecimiento intraluminal o invasión transmural y anular de la pared intestinal, o a una consecuencia aun menos frecuente en el adulto como es la intususcepción enteroenterica. La peristalsis y los elementos ingeridos empujan al tumor distalmente, actuando como un motor para el telescopaje distal al segmento afectado, siendo los sitios más afectados las uniones entre segmentos libremente móviles y segmentos fijos al retroperitoneo como en este caso la válvula ileocecal. En nuestro paciente se evidenció previamente con estudios de tomografía la presencia de tumoración intestinal, mas sin embargo la obstrucción intestinal se presentó mucho después siendo la sintomatología gastrointestinal muy vaga en el inicio para la determinación de una resolución quirúrgica urgente hasta su instalación como abdomen agudo, por lo cual decidimos presentar este caso realizando la revisión de la literatura y bibliográfica de dicho padecimiento.

215

INTUSUSCEPCIÓN POR TUMOR DE GIST

Héctor Hugo Mireles Díaz, Córdoba GH, Mondragón CHMA, Otero MRA, Cortez RJ, Díaz GJC, Rojas ML, Gómez AJF. Servicio de Cirugía General, Centro Médico Adolfo López SSA ISEM, Toluca Edo. Mex.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) fueron catalogados originalmente como otros tumores (leiomioma, leiomioblastoma, leiomiosarcoma), debido a su apariencia histológica similar, se originan de las células intersticiales de Cajal ubicadas en los plexos mientéricos, expresan un receptor de membrana celular con actividad de tirosina-cinasa (c-Kit o CD117), esta anomalía causa una permanente activación del receptor y crecimiento celular incontrolado. Pueden aparecer en cualquier parte del tubo digestivo, más frecuentemente en estómago (60-70%) e intestino delgado (20-30%), a menudo asintomáticos y se encuentran incidentalmente durante estudios endoscópicos o radiológicos, la enfermedad localizada tiene usualmente buen pronóstico con resección quirúrgica, estadios avanzados están asociados con baja supervivencia y pobre respuesta a quimioterapia. Representan un tipo infrecuente de tumor de origen mesenquimático (sarcoma), y se estima que corresponden al 0.2% de los tumores gastrointestinal y al 20-30% de todos los sarcomas de partes blandas. Su incidencia es: 4-10 casos/millón de habitantes/año. Afecta a hombres y mujeres en similar proporción, con una mediana que oscila entre 55 y 65 años. Sus características clínicas son inespecíficas y dependen básicamente del tamaño y la localización del tumor. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 44 años de edad, ingresa el 25 de noviembre del 2007 al servicio de urgencias por la referencia de dolor abdominal. Inicia padecimiento actual hace un año con dolor en epigastrio de moderada intensidad, sin irradiaciones, acompañado de intolerancia gástrica, pérdida de peso de hasta 27 Kg en un año, astenia, adinamia, hiporexia, acudiendo con múltiples facultativos; sin diagnóstico definitivo; a la exploración física: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda en mesogástrico, epigastrio, peristalsis hipoactiva, sin datos de irritación peritoneal; Endoscopia: Gastritis crónica folicular, se ingresa por tumoración abdominal, USG abdominal: aspecto de colon compatible con colitis de etiología a determinar, datos de oclusión agregada, no se identifica masa, líquido libre en moderada cantidad, TAC de abdomen: Presencia de masa pélvica al parecer dependiente de útero, comprime uréter, cuenta con ectasia pielocalicial, se programa laparotomía exploradora la cual se realiza el 29 de noviembre del 2007, hallazgos: Intususcepción intestinal de 40 cm de longitud, tumoración de 4 cm aprox, a 70 cm de ángulo de Treitz, intraluminal, miomatosis uterina de pequeños elementos, líquido de reacción peritoneal, se realiza reducción de intususcepción ya que no cuenta con datos de compromiso vascular, se localiza masa tumoral a la cual se le realiza resección intestinal con entero-enteroanastomosis término-terminal en 2 planos, se realiza cierre por planos y posteriormente la paciente egresa a piso, teniendo buena evolución, se deja en ayuno durante 5 días, posterior a los cuales inicia con adecuada tolerancia a la vía oral y se egre-

sa a su domicilio el día 06 de diciembre del 2007. Histopatológico reporta: producto de resección yeyuno ileal con: tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de bajo grado, con morfología fusocelular, ulcerado, tamaño del tumor: 5 X 3.7 cm, límites quirúrgicos libres de lesión. **Conclusiones:** Tumores de GIST que lleven a la intususcepción son inusuales, el diagnóstico de intususcepción es normalmente alcanzado únicamente durante el procedimiento quirúrgico, los métodos complementarios más específicos y sensibles son la TAC y el ultrasonido, los tumores de GIST han sido objeto de gran interés. Son tumores potencialmente malignos, clasificados principalmente acorde a su tamaño e índice mitótico, debe tenerse seguimiento durante al menos 5 años

216

DIVERTÍCULO DE MECKEL, CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN; PRESENTACIÓN DE UN CASO

Gregorio Villarreal Treviño, Menchaca RLG, Méndez LSH. Servicio de Cirugía General, Hospital Regional ISSSTE, Monterrey Nuevo León

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más común del intestino delgado. En estudios de necropsia la frecuencia de divertículo de Meckel se ha estimado en 1 a 2%, y afecta a los varones con mayor frecuencia que a las mujeres, a razón de 2:1. Si bien muy a menudo se encuentra como un dato incidental en la laparotomía o laparoscopia, esta entidad puede concurrir con varios estados patológicos que ponen en peligro la vida. Se estima que sólo 4% de los pacientes que presentan divertículo de Meckel llegan a sufrir síntomas alguna vez en la vida. La presentación clínica más común es por sangrado de tubo digestivo, por la presencia de mucosa gástrica ectópica. Por otro lado, la intususcepción, ocurre cuando un segmento del intestino se mete a manera de telescopio dentro de un segmento adyacente; es una causa relativamente frecuente de obstrucción intestinal durante la lactancia y la infancia temprana. Más de 50% de los casos ocurren entre los 3 meses y el año de edad, y 80% hacia los 2 años. Es más frecuente en lactantes varones (con rango de 4:1), casi todos bien nutridos y por lo demás sanos. Y puede llegar a ser una enfermedad grave por infarto intestinal, perforación y peritonitis y con ello la muerte. **Reporte del caso:** Se comenta un caso de paciente masculino de 5 años de edad que es llevado por la madre al servicio de urgencias por dolor abdominal y vómitos frecuentes de 4 horas de evolución. Motivo por el cual se solicita interconsulta a cirugía general. A la valoración, el paciente ya había sido hidratado por vía intravenosa, se encontraba con distensión abdominal y dolor a la palpación superficial y media del abdomen, y las radiografías confirmaban datos de oclusión intestinal. Se decide laparotomía exploradora por oclusión intestinal. Se ingresa a la cavidad por una incisión media supra e infraumbilical, observándose un segmento de ileón intususceptado. Sin datos de compromiso vascular. Se inician maniobras para reducir la intususcepción lográndose sin complicaciones y sin datos de necrosis en el intestino. Al terminar la reducción, se observa un divertículo de Meckel, el cual se reseca por enterotomía, la cual se reparó con cierre primario en dos planos. Se da por terminado el procedimiento, se cierra la pared abdominal sin dejar drenajes; el paciente fue egresado por mejoría al quinto día, tolerando vía oral. **Conclusiones:** La evaluación del paciente pediátrico en las salas de urgencias, conlleva una serie de dificultades. Neonatos e infantes, no tienen la posibilidad de hablar para establecer una comunicación. Es en ellos, en donde los padres son la pieza clave para darnos los datos de importancia y relevancia que nos ayude al diagnóstico. Así mismo en niños mayores de un año, la dificultad se presenta por la incomodidad que el dolor produce en ellos. La evaluación clínica y el conocimiento de los padecimientos pediátricos más comunes, nos ayudarán a establecer un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, tanto en cuestiones médicas como en tratamientos quirúrgicos. Como cirujano general, estamos expuestos a valoraciones de pacientes pediátricos, y debemos poner mucha atención en los datos ofrecidos por los padres, así mismo la evaluación clínica, desde los signos vitales hasta el hallazgo más pequeño en los estudios de laboratorio y gabinete.

217

LIPOMA INTRAMURAL YEYUNAL COMO CAUSA DE INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL

Santos Olivares Pineda, Franco LF, Jiménez FC. Servicio de Cirugía, Centenario Hospital Miguel Hidalgo ISEA SSA, Aguascalientes Ags.

Introducción: La intususcepción intestinal es una condición poco frecuente en el adulto. Representa el 1% de las obstrucciones intestinales. Se presenta cuando una lesión intra o extramural altera la peristalsis normal, lo que ocasiona que un segmento de intestino proximal se invagine en el lumen del intestino distal inmediato. Puede ocurrir en cualquier sitio del tracto gastrointestinal. De acuerdo a su localización se clasifican en cuatro categorías: Entero-enterica, ileocólica, ileocecal y colo-colónica. Su presentación clínica puede ser inespecífica, pero la

gran mayoría de los casos se trata de cuadros de obstrucción intestinal y el diagnóstico generalmente se establece en el acto quirúrgico. **Reporte del caso:** Se trata de paciente del sexo femenino de 22 años de edad sin antecedentes de relevancia. Se presentó al servicio de urgencias con cuadro de 8 días de evolución caracterizado por dolor tipo cólico difuso de predominio en epigastrio, flanco y fossa ilíaca izquierdos, acompañados de hiporexia, estado nauseoso y evacuaciones disminuidas en consistencia. Posteriormente se agregó vómito de contenido fecaloido y fiebre de 39 grados centígrados. Por laboratorio se encontró leucocitosis de 20,300 con predominio de segmentados (87%) y bandas (3%). La radiografía simple de abdomen demostró la presencia de niveles hidroaéreos, ausencia de aire en recto y asa fija en flanco izquierdo. Se realizó laparotomía exploradora con hallazgos de invaginación intestinal con lesión tumoral a nivel de yeyuno incluida en el segmento invaginado, con base de 2.5 cm localizado a 120 cm del ángulo de Treitz. El total de intestino invaginado fue de 100 cm. Se procedió a realizar resección intestinal con anastomosis término-terminal en dos planos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, se egresó al sexto día sin complicaciones. El estudio histopatológico reportó Lipoma intramural con proceso inflamatorio crónico y agudo con necrosis isquémica aguda extensa, negativa a malignidad. **Conclusiones:** Es importante tomar en cuenta la intususcepción en cuadros de obstrucción intestinal tanto aguda como crónica, aunque es una enfermedad que se presenta con baja frecuencia en adultos. El diagnóstico preoperatorio es difícil. En general tanto el diagnóstico como el tratamiento son quirúrgicos. La resección intestinal con anastomosis primaria es el tratamiento de elección.

218

INTUSUSCEPCIÓN POR PÓLIPO HAMARTOMATOSO Y DIVERTICULECTOMÍA DE MECKEL

José Francisco Gómez Alcaraz, Díaz GJC, Cortez RJ, Mireles DHH. Servicio de Cirugía General, Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos ISEM SSA, Huatamo Mich.

Introducción: La Intususcepción es una patología rara de obstrucción intestinal en el adulto, en la cual un segmento de intestino contraído por una onda peristáltica se introduce en el segmento inmediatamente distal, hacer un diagnóstico de certeza representa un gran reto para los médicos, es responsable del 1% como causa de obstrucción intestinal y solamente del 0.003 al 0.02 de todas las admisiones hospitalarias. **Reporte del caso:** Paciente femenina de 24 años de edad quien ingresa el día 21/09/2007 por el servicio de urgencias con la presencia de dolor abdominal de 4 horas de evolución de inicio súbito localizado en epigastrio intenso, no irradiado acompañado de náuseas y vómito de contenido gástrico en 2 ocasiones acudiendo con facultativo quien maneja con analgésicos y antiespasmódicos sin presentar mejoría, por lo cual acude a nuestro Centro Médico para su manejo, a su ingreso se le toman laboratoriales con el siguiente resultado: Leucocitos: 12.7, Hgb: 10 Plaq: 43,3000, Glu: 135, Creat: 0.7, Na: 137, K: 3.3 Cl: 102, a la valoración por Cirugía General presencia de distensión abdominal, ruidos peristálticos abolidos, no visceromegalias, descompresión positiva en la placa simple de abdomen se observan niveles hidroaéreos, distensión de asas, por lo cual se concluye: abdomen agudo probablemente de origen vascular por lo cual se decide pasar a quirófano donde se tuvieron los siguientes hallazgos transquirúrgicos: Intususcepción intestinal de yeyuno de 1.60 mt a 70 cm de ángulo de Treitz divertículo de Meckel a 80 cm de válvula ileocecal, drenaje de material de aspecto turbio, por lo cual se realiza resección intestinal y entero-entero anastomosis término-terminal, así como diverticulectomía lavado con 8 litros de solución, colocación de drenajes cierre por planos, se deja en ayuno por 5 días y se inicia la vía oral el día 26/09/07 y se egresa el día 27/09/2007 con buen estado general. Reporte Histopatológico: Divertículo de Meckel con inflamación crónica moderada inespecífica, pólipos Hamartomatosos de intestino delgado con infarto hemorrágico total, enteritis crónica moderada inespecífica con edema y congestión vascular en la submucosa, límites quirúrgicos viables, un ganglio mesentérico con hiperplasia linforreticular y congestión. **Conclusiones:** Aunque esta patología es muy rara sin una marcada incidencia respecto al sexo con leve predominio del sexo masculino, las edades de presentación son variables de 18-91 años, sin embargo en pacientes con mayor edad el riesgo se eleva a presentar una neoplasia, el diagnóstico se puede realizar con placas de abdomen pero no son concluyentes, los estudios baritados llegan a tener éxito en el preoperatorio en 21-77% en el intestino delgado y 54-95% en colon, la TAC abdominal es la que provee mayor porcentaje de diagnósticos positivos seguida en segundo lugar por ecografía abdominal, la resección quirúrgica definitiva es el tratamiento recomendado en gran parte de los casos.

219

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA

Yaneth Angélica Barrera Hernández. SSA Servicio de Cirugía General SSA, Ixmiquilpan, Hidalgo

Introducción: La intususcepción intestinal consiste en que un segmento de intestino y su mesenterio (intususseptum) se invagina en la luz de un segmento intestinal adyacente (intussusciens). La intususcepción en el adulto es una causa rara de obstrucción intestinal, es responsable del 1% de todos los casos de obstrucción y solamente del 0.003 al 0.02 de todas las admisiones hospitalarias. Los pacientes adultos constituyen solamente el 5% de todos los casos de intususcepción, con el 95% restante ocurriendo sólo en pacientes pediátricos. En contraste con la población pediátrica, en donde la intususcepción es usualmente idiopática o debida a enfermedades virales, una lesión orgánica es generalmente identificada como la causa de intususcepción en el adulto en cerca del 90% de los casos. Estas incluyen lesiones malignas, tales como adenocarcinoma primario, melanoma metastásico o linfoma, o lesiones benignas tales como hamartoma, lipoma, divertículo de Meckel y adherencias postoperatorias, entre otras. El diagnóstico puede realizarse con estudios de imagen, sin embargo, el diagnóstico se establece mediante laparotomía exploradora en 68% de los casos. La invaginación intestinal es una rara entidad clínica en el adulto con frecuencia de 5%, difícilmente diagnosticada pre-operatoriamente ya que los síntomas se confunden con otras causas de dolor y obstrucción intestinal, estableciéndose generalmente el diagnóstico, en quirófano. En el 90% de los casos existe una lesión etiológica. **Reporte del caso:** Se presenta caso clínico paciente femenino de 65 años que acude al servicio de urgencias presentando cuadro caracterizado por dolor abdominal de predominio en hemiabdomen derecho, de aparición insidiosa de carácter continuo el cual evoluciona a difuso, acompañado de 3 vómitos de contenido gástrico, escalofríos, astenia, anorexia y pérdida ponderal. Paciente con antecedente de Apendicectomía 3 meses previos en otra Unidad Hospitalaria por aparente cuadro de Apendicitis Aguda. A la exploración física, conciente fascies álgica, mucosa oral mal hidratada. Abdomen levemente distendido, depresible doloroso a la palpación en fossa iliaca derecha y flanco derecho, con presencia de masa a nivel de cicatriz quirúrgica Rockey Davis, la masa de 3 cm de diámetro móvil, dolorosa a palpación, Von Blumberg +, Rovsing +, peristalsis disminuida. Tacto rectal no se palpan masas, sin heces en ampolla rectal. Se ingresa con hemograma Hb 10 gr/dl, Hto. 29.8%, Leucos 12.4, a expensas de neutrofilos 85%, 2% bandas, linf 15%, Plaquetas 180,000. Glicemia 180 mg/dl, Na 136 mEq/l, K 3.5 mEq/l. La radiología simple fue compatible con obstrucción intestinal mecánica inespecífica. Ecográficamente se reporta presencia de hernia postincisional, sin líquido en zonas declives. Se realiza intervención quirúrgica urgente, mediante laparotomía exploradora con hallazgo: Intususcepción ileocecal, con tumoración polipoidea en ciego de 3 x 2.5 x 2 cm, irregular, con inflamación adyacente. Se decide realizar hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis término-terminal manual. Enviándose pieza quirúrgica para histopatológico definitivo, el cual reportó: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado de tipo intestinal (clásico), mide 2.5 cm de diámetro mayor, perforada, que interesa la grasa peritumoral, con áreas de necrosis y hemorragia, con límites de sección quirúrgicos distal y proximal libres de lesión, peritonitis aguda fibrinopurulenta con tejido de granulación. La evolución postoperatoria satisfactoria, siendo egresada del Servicio al 5º. día de cirugía, sin complicaciones. **Conclusiones:** Nuestra conclusión es la siguiente: La intususcepción intestinal es una patología poco frecuente en el paciente adulto, por lo que debe tomarse en cuenta como parte de los diagnósticos diferenciales. El diagnóstico, si es posible, debe realizarse mediante medios no invasivos para poder evaluar la terapéutica. Sin embargo, la exploración quirúrgica es el principal medio diagnóstico y que además permite realizar el tratamiento definitivo, el cual consiste en la resección intestinal.

220

INVAGINACIÓN INTESTINAL ASOCIADA A PÓLIPOS DE INTESTINO DELGADO

Ana Laura Sosa Rosales, Espinoza GM, Rojas RD, Soto LM, Montalvo M. Servicio de Cirugía General ISSEMYM Satélite, Tlalnepantla Estado de México

Introducción: La intususcepción se define como la invaginación de una porción del intestino en sí mismo, la cual puede ser clasificada sobre la base de su localización entérica, en cuatro categorías: entérica, ileoceíónica, ileocecal y colónica. La invaginación intestinal es una causa poco común de dolor abdominal, menos del 1% se manifiesta en adultos a nivel de intestino delgado, ésta fue descrita en 1674 como una causa frecuente de obstrucción intestinal en lactantes y preescolares. Durante el primer año de vida, generalmente de manera idiopática. A diferencia de la intususcepción del paciente pediátrico, en el adulto es secundario a procesos orgánicos de la pared intestinal; siendo los tumores los más frecuentes, en un 80 a 90%. **Reporte del caso:** Se trata de una paciente femenina de 70 años de edad originaria y residente del Distrito Federal, casada y ama de casa. La cual habita casa propia con hábitos higiénico-dietéticos adecuados con toxicomanías negadas. Diabética e hipertensa de larga evolución controlada y en vigilancia mensual,

con antecedentes quirúrgicos de Histerectomía hace 20 años secundaria a miomatosis y plastía inguinal sin complicaciones. Inicia su padecimiento actual 15 días previos a su ingreso con dolor tipo cólico en mesogástrico, de intensidad 5/10 sin irradiaciones, manejado con ranitidina sin mejoría. Ocho días posteriores se agregan evacuaciones diarreicas, incremento en la intensidad del dolor el cual se ubica periumbilical sin irradiaciones, vómito de contenido gastroalimenticio, astenia y adinamia. Cinco días después inicia con distensión abdominal, dolor de gran intensidad principalmente en FID y en hipogastrio, con náusea y vómito, motivo por el que decide acudir a urgencias. Durante su estancia hospitalaria continúa mismo cuadro agregándose rectorragia. A la exploración física se encuentra paciente conciente, orientada mal estado de hidratación, normocéfala, sin endo ni exostosis, pupilas normorreflexicas, cavidad oral mal hidratada, adoncia parcial, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen globoso, distendido, peristalsis disminuida, resistencia abdominal, rebote positivo, genitales sin alteraciones, tacto rectal con huellas de sangrado, extremidades sin alteraciones. Laboratorio reportando leucocitosis de 9.88, eritrocitos 4.36, Hb 9.5, Hto 30.1, VCM 69, Plaq 407, neutros 84.5, glucosa de 172, urea 42, creat 1, amilasa 22, Na 135.5, K 4.6, Cl 105, TP 13.1, TPT 35.5. Radiológicamente con niveles hidroaéreos y asa fija en fossa iliaca derecha, se efectúa TAC reportando imagen en ojo de buey. Se efectúa LAPE, con hallazgos de intususcepción ileocólica de todo el colon ascendente, con pólipos en el segmento de ileón invaginado, realizando enteroentero anastomosis ileotransverso término lateral, con un segundo pólipos más a 80 cm de ligamento de Treitz el cual se reseca realizando cierre primario de delgado. **Conclusiones:** La paciente evoluciona adecuadamente, tolerando vía oral a los 5 días egresándose de la unidad hospitalaria sin complicaciones, patología reportando pólipos intestinales sin alteraciones malignas. La invaginación intestinal en adultos es rara como lo reporta la literatura, el caso demuestra una evolución atípica de abdomen agudo por el largo tiempo de evolución y generalmente se encuentran asociadas a tumoraciones como el adenocarcinoma pero en este caso el factor predisponente se puede considerar las lesiones benignas sin contar con muchos reportes en la bibliografía.

221

ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA SECUNDARIA A MALROTACIÓN INTESTINAL INCOMPLETA EN UN PACIENTE ADULTO JOVEN

Iris Arleth Cuenca Martínez, Mejía CG, Carballo CFJ, Goicochea GCE, Estrada GJF, Rosas PMA, González BI, Del Río SI, Areas LY, Cedillo TOM. Servicio de Cirugía General, Hospital General Balbuena, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, México D.F.

Introducción: La malrotación intestinal es causa de oclusión intestinal en neonatos, en adultos es poco frecuente, en éstos puede presentarse en forma aguda como oclusión intestinal o isquemia intestinal; sin embargo en ocasiones puede identificarse incidentalmente en laparotomía por otras causas. En el adulto la malrotación intestinal más frecuentemente encontrada es del tipo incompleta donde el apéndice es retrocecal y ciego subhepático. Muchos pacientes con malrotación pueden permanecer asintomáticos hasta la edad adulta. **Objetivo:** Dar a conocer el caso relacionado con una patología intestinal poco frecuente del adulto. Se trata de masculino de 39 años, quien ingresa al servicio de urgencias referido de hospital de segundo nivel con diagnóstico de abdomen agudo y sangrado de tubo digestivo. Paciente quien a su ingreso niega antecedentes personales patológicos de importancia para su padecimiento actual, únicamente con alcoholismo en forma ocasional. Refiere iniciar su padecimiento 4 días previos a su ingreso a urgencias con dolor abdominal de tipo punzante progresivo, irradiado en forma generalizada, acompañado de náuseas y vómito en múltiples ocasiones de características en posos de café, agregándose melena a las 48 horas, por lo cual acude a hospital de segundo nivel donde es atendido y referido a nuestra unidad sin especificar manejo médico previo. **Material y métodos:** A su llegada al servicio de urgencias se encuentra paciente neurológicamente con Glasgow de 13 puntos, pupilas isocóricas, mal estado de hidratación y palidez +++, con presencia de sonda nasogástrica en la cual se observa con gasto en posos de café de 200 ml en 8 horas, hemodinámicamente taquicárdico con FC de 130 latidos por minuto, hipotensio (TA 90/40), polipneico, ruidos cardíacos sin fenómenos agregados, a nivel respiratorio sin integrar síndrome pleuropulmonar, a nivel abdominal se encuentra con distensión importante, ausencia de peristalsis, y dolor a la palpación superficial media y profunda, rebote franco, se realiza tacto rectal encontrando melena en escasa cantidad, próstata se palpa de consistencia normal para la edad. Urexis/kg/hr de 0.9 ml, orina de características macroscópicas concentrada. **Resultados:** Se reportan paracínicos con leucocitos de 10,000/mm³, neutrófilo del 90%, plaquetas de 250,000, hb de 10, hto 32%, electrolitos séricos normales, glucemia de 132 mg/dl, creatinina de 1.8, urea de 34, pruebas de funcionamiento hepático: albúmina de 3.5, transaminasas dentro de parámetros normales, tiempos de coagulación normales, gasométricamente con acidosis metabólica. Al momento de su

llegada sin contar con radiografías. Se realiza laparotomía exploradora y se encuentran 2,000 ml de líquido serohemático en cavidad además de 200 cm de intestino isquémico y con características necróticas a partir de 15 cm de asa fija, se realiza resección intestinal con entero entero anastomosis término terminal sin incidentes, se continúa laparotomía exploradora encontrando malrotación intestinal del tipo incompleta con ciego subhepático con distensión del mismo, se encuentra banda de Ladd a nivel de la válvula ileocólica, la cual crea oclusión intestinal a este nivel y resto de colon en lado izquierdo además de encontrar sigmoides fijo hasta el lado derecho del abdomen, se libera la adherencia de Ladd con lo cual se observa tránsito intestinal adecuado a colon, se procede con secado de cavidad, se realiza second look a las 24 horas encontrando asas de intestino delgado sin isquemia ni necrosis, así como integridad de la anastomosis. **Conclusiones:** En este caso se identificó que el tipo de malrotación es del tipo incompleta, lo cual se origina por una alteración en el segundo período de rotación intestinal. Es importante puntualizar que siendo una entidad rara en adultos, es indispensable identificarla así como clasificar adecuadamente el tipo de malrotación para así llevar a cabo la técnica quirúrgica adecuada y resolutiva en cada caso.

222

ADENOCARCINOMA DE YEYUNO Y ADENOCARCINOMA DE COLON, RESECCIÓN EN BLOQUE. REPORTE DE UN CASO

María Dolores Nava Zárate, Carrizosa Cl, Hernández PA. Servicio de Cirugía General, HECMN La Raza IMSS, México D.F.

Introducción: Los adenocarcinomas, linfomas, sarcomas y tumores carcinoides representan la mayoría de las neoplasias malignas del intestino delgado, representando sólo del 1 al 2% de todas las neoplasias malignas gastrointestinales. El tratamiento es quirúrgico cuando la resección es posible y la curación se relaciona con la capacidad de resear completamente la lesión. La supervivencia a cinco años es del 20% cuando el adenocarcinoma de yeyuno es resecable. La mayoría de neoplasias malignas del intestino delgado son adenocarcinomas en más del 50%, comúnmente localizados en duodeno y yeyuno. El riesgo de cáncer en el intestino delgado es significativamente mayor en los pacientes con cáncer colorectal no polipoideo hereditario, aunque se ha establecido además una asociación con enfermedades genéticas como la poliposis adenomatosa familiar y enfermedad inflamatoria crónica del colon. **Reporte del caso:** Masculino de 68 años, originario del D.F, con diagnóstico de anemia severa y pérdida de peso como única sintomatología. Sin antecedentes de importancia. Protocolizado para cáncer de colon como causa de anemia. Se realiza colonoscopia la cual reporta tumor en ciego que ocuye 90% de la luz y tumor infiltrante en colon transverso a nivel de ángulo esplénico, que permite el paso del endoscopio. Se toman biopsias de las lesiones reportados por Patología como adenocarcinoma moderadamente diferenciado de ciego y de ángulo esplénico. ACE de 3.2, PFHs normales, TAC toracoabdominal sin metástasis, corroborando las lesiones ya descriptas, logrando observar una relación estrecha entre colon transverso e intestino delgado. Se decidió llevar a cabo colectomía total radical con tumoreación en ciego de 4 x 5 cm y resección en bloque de un tumor de yeyuno de 8 x 10 cm que invadía el ángulo esplénico del colon transverso, ubicado a 40 cm del ángulo de Treitz. Se dejaron 5 cm de márgenes libres en yeyuno. Se reconstruyó con ileorectoanastomosis y yeyunoeyunoanastomosis. El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica fue adenocarcinoma moderadamente diferenciado de colon a nivel de ciego y adenocarcinoma bien diferenciado de yeyuno, invadiendo ángulo esplénico de colon transverso, veinte ganglios sin metástasis y con márgenes quirúrgicos negativos. Recibió tratamiento con quimioterapia y radioterapia adyuvante como parte del protocolo para carcinoma de colon en etapa IIB. Evolución satisfactoria a un año de seguimiento sin datos de actividad tumoral. **Conclusiones:** El adenocarcinoma de yeyuno es una neoplasia infrecuente y lo hace aún más raro cuando invade el colon transverso con un adenocarcinoma primario de ciego sincrónico. Resulta un caso interesante por la forma de presentación del adenocarcinoma de yeyuno localmente avanzado, el paciente nunca manifestó síntomas de obstrucción de tubo digestivo alto que es la forma habitual de presentación. Se describe en la literatura que el adenocarcinoma de yeyuno tiene mal pronóstico con una sobrevida del 20% a cinco años. En nuestro reporte de caso se hizo el diagnóstico temprano, incrementando así su sobrevida y disminuyendo la recurrencia, además de que se le administró radioterapia y quimioterapia adyuvante como parte del tratamiento del cáncer de colon con buenos resultados hasta el momento.

223

CARCINOIDE DE ÁMPULA DE VATTER

Sergio Iñiguez Llano, Martínez HMP, Iriarte GG, Báez GJ. Servicio de Cirugía, Hospital Guadalupano de Celaya, Celaya Guanajuato

Introducción: Los carcinoides se originan a partir de las células entero-cromafines y pueden aparecer en la mayor parte de los tejidos derivados del endodermo. La mayor parte de los carcinoides se encuentran en el intestino medio, aunque algunos pueden desarrollarse del intestino anterior (páncreas, estómago y bronquios). Los carcinoides del páncreas son extremadamente raros y se diagnostican por su patrón morfológico, sin embargo muchos podrían ser tumores insulares productores de polipéptidos, los carcinoides son comunes en el duodeno excepto en el ámpula de Vatter en donde se pueden presentar ocasionando cuadros de pancreatitis. **Reporte del caso:** Femenino de 40 años sin antecedentes de importancia, diabética, controlada con hipoglicemiantes orales que acude por presencia de dolor epigástrico intenso, con irradiación dorsal e ictericia de 6 meses de evolución, asociados a evacuaciones melénicas. A la EF sin datos de importancia excepto la marcada ictericia por lo que se solicita US de vías biliares reportándose colédoco de 17 mm y vesícula dilatada, la TAC de abdomen reporta dilatación de vía biliar intra y extrahepática, laboratorios con fosfatasa alcalina de 2,171, bilirrubinas totales de 16.2, BD 8.3, BI 7.9, glucosa 161, Hb 9.2. Se realiza CPRE que reporta carcinoma de ámpula de Vatter, con colangitis purulenta y compresión extrínseca de antró gástrico, se coloca endoprótesis. Las biopsias reportan adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Es preparada para quirófano en donde se realiza pancreatoduodenectomía sin complicaciones con adecuada evolución. El RHP de la pieza quirúrgica encontró tumor carcinoide de ámpula de Vatter. En el seguimiento a 6 meses se encuentra en buenas condiciones generales. **Conclusiones:** Los tumores carcinoides de ámpula de Vatter son extremadamente raros. El único tratamiento curativo para estos tumores es la resección quirúrgica. La resección puede realizarse con seguridad en un centro especializado.

224

LINFOMA PRIMARIO DE INTESTINO DELGADO

Gabriel Iriarte Gállego, Báez GJ, Martínez HMP, Iñiguez LLS. Servicio de Cirugía, Hospital Guadalupano de Celaya, Celaya Guanajuato

Introducción: Los linfomas primarios del intestino delgado corresponden a 5% de todos los linfomas y los que involucran al tracto digestivo pueden ser primarios o bien una manifestación de enfermedad linfomatosa sistémica. Constituyen el 1 a 4% de todas las neoplasias gastrointestinales y el 15% de todos los tumores malignos del intestino delgado. El sitio más común de localización de los linfomas extraganglionares es el estómago, le siguen en frecuencia el intestino delgado y el colon. Los de intestino delgado se localizan frecuentemente en ileón. Los criterios para establecer diagnóstico son los propuestos por Dawson: 1) Ausencia de linfadenopatía mediastínica o periférica, 2) Normalidad en la determinación de leucocitos en sangre periférica, 3) Tumor confinado al tracto gastrointestinal. Por lo general la resección quirúrgica es el tratamiento de elección en linfomas de baja malignidad y el tratamiento adyuvante con quimioterapia está indicado en linfomas de malignidad intermedia y alta. **Reporte del caso:** Femenino de 60 años de edad, DM tipo II de 4 años de evolución. Se presenta a urgencias por cuadro de dolor abdominal generalizado, intenso de 12 hrs de evolución y de inicio súbito, acompañado de vómito de contenido gástrico en repetidas ocasiones. A la EF inicial se encuentra paciente con facies de dolor, poco cooperadora, deshidratada, taquicárdica con Fc 120X', TA 100/60, afebril, sin compromiso ventilatorio pero con SPO₂ 83%, abdomen con datos fracos de irritación peritoneal, y pérdida de matidez en área hepática. Exámenes de laboratorio con Hb de 15.7 g/dl, leucocitos 2,500 por mm³, con diferencial normal, plaquetas de 341,000 por mm³, urea de 346 mg/dl, creatinina 0.8 mg/dl. Las radiografías de abdomen con ileo reflejo y la Rx de tórax con presencia de aire libre subdiafragmático. TAC de abdomen que corrobora la perforación al presentarse fuga del material de contraste a cavidad. La paciente es sometida a laparotomía exploradora por perforación de víscera hueca encontrando sépsis abdominal por 3 perforaciones de yeyuno en el borde antimesentérico de 1 cm promedio a 30, 60 y 80 cm del ligamento de Treitz por lo que se practicó triple resección intestinal con entero entero anastomosis término terminal, lavado de cavidad. La paciente fue manejada posteriormente en la unidad de terapia intermedia con evolución tórpida por atelectasia basal derecha e infección de herida quirúrgica las cuales se resolvieron con curaciones y antibióticos. El RHP de las piezas con inmunohistoquímica fue linfoma No Hodgkin difuso de células grandes inmunofenotipo B. **Conclusiones:** Los linfomas de intestino delgado se presentan en un 5% de todos los linfomas, los primarios de intestino delgado pueden ocasionar cuadros de obstrucción intestinal y perforación.

225

NEUMATOSIS INTESTINAL (REPORTE DE CASO)

Oscar Velasco Díaz, Fernando SO, Gutiérrez PO, Ávila CG. Servicio de CG, Hospital General la Villa, SSAGDF México D.F.

Introducción: La pneumatosis intestinal es sin duda una patología demasiado infrecuente y la cual consiste en la presencia de gas entre las

capas de la pared del intestino. El mecanismo por el cual esto sucede puede ser el resultado de un aumento en la presión intestinal, de un daño de la mucosa o de ambas circunstancias. **Objetivo:** 1. saber reconocer datos radiográficos sugestivos de pneumatosis intestinal. 2. reconocer probables complicaciones de la pneumatosis intestinal. **Material y métodos:** Se reporta un caso de un paciente masculino de 41 años de edad el cual cuenta los siguientes antecedentes como evacuaciones diarreicas desde hace 3 días, con desnutrición importante. Mismo que inicia su padecimiento hace 1 semana, con dolor abdominal difuso, tensión abdominal, náuseas y vómito de contenido gastrointestinal en varias ocasiones, además de presentar desequilibrio hidroelectrolítico y no tolerar la vía oral. A la EF paciente con un Glasgow DE 15, con mucosas mal hidratadas a nivel pulmonar con adecuada mecánica respiratoria con buen murmullo vesicular con adecuados movimientos de amplexión y amplexación (No datos de enfisema pulmonar). A nivel abdominal con presencia de distensión abdominal con SNG a derivación, el cual muestra contenido gastrointestinal con peristalsis presente y disminuida de intensidad y frecuencia, a la palpación con dolor difuso de predominio en mesogastrio y flanco izquierdo, con datos de irritación peritoneal. Paciente el cual se toman placas de Rx de pie y decúbito de abdomen y tele de tórax, en las cuales se observa un doble contorno en las paredes a nivel de intestino delgado, no se observa aire libre subdiafragmático, dados los datos clínicos de abdomen agudo el paciente se ingresa a quirófano para realizar laparotomía exploradora encontrando pneumatosis intestinal con afectación de 80 cm de intestino delgado a 290 cm de asa fija y a 20 cm de válvula ileocecal, se realiza resección intestinal y entero entero anastomosis término terminal en 1 plano. Paciente el cual evoluciona de manera adecuada. Con riesgo de desarrollar adherencias intraabdominales. **Resultados:** En el siglo XVIII Jhon Hunter contribuyó con 2 especímenes en los cuales se demostró la presencia de pneumatosis intestinal entre la serosa del intestino delgado. sin duda alguna el diagnóstico de pneumatosis intestinal y sus posibles complicaciones son difíciles de identificar pero los hallazgos radiológicos nos dan una idea de la cantidad del segmento afectado. **Conclusiones:** Las causa que pueden producir pneumatosis intestinal son múltiples, saber reconocer la causa y darle tratamiento apropiado siempre y cuando no existan datos de abdomen agudo es sin duda el éxito de una cirugía.

226

NEUMATOSIS INTESTINAL DIAGNOSTICADO COMO OCLUSIÓN INTESTINAL

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

Introducción: La neumatosis intestinal es la presencia de gas en el interior de la pared intestinal y en el complejo venoso portomesentérico sin, embargo, el mesenterio, el omento y el estómago pueden estar involucrados, es una situación clínica poco frecuente que ha sido característicamente relacionada con la isquemia intestinal y con un desenlace fatal. Fue descrita por primera vez en niños por Wolfe y Evans en 1955 y en adultos por Du Veron en 1730, pero sólo hasta 1835 recibió el nombre actual de neumatosis quística intestinal, por Mayer. El primer reporte en un ser vivo fue hecho por Hahn en 1899. La incidencia es desconocida, con un rango de edad entre 25-60 años, aunque Koss y Jamart observaron un pico máximo entre los 40 y 50 años; también se han reportado casos en edades extremas como 12 días y 81 años. El diagnóstico es un hallazgo casual, usualmente las sospechas surgen durante la investigación de signos o síntomas gastrointestinales variados, su etiología es desconocida, planteándose hipótesis biológica, mecánica y química para explicarla. Puede ser primaria o secundaria a múltiples condiciones asociadas a otras patologías. **Reporte del caso:** Presentamos el caso de una paciente femenina de 85 años, la cual ingresa al servicio de urgencias por presentar un cuadro de dolor abdominal tipo cólico difuso, acompañado de distensión y ausencia de evacuaciones diez días de evolución, el cual aumenta hace 12 hrs a su ingreso acompañado por náuseas y vómito de contenido intestinal, cuenta con el antecedente de múltiples cesáreas, sin evidencia de otro antecedente de importancia y sin otro síntoma gastro o extraintestinal importante. Al examen físico, abdomen distendido, doloroso, tímpanico, pero sin signos claros de irritación peritoneal. En los resultados de laboratorio se encontró eosinofilia e hiponatremia, se tomaron radiografías de tórax y abdomen, que revelaron gran neumoperitoneo, por lo cual se decide su intervención quirúrgica, en donde se encontró un neumoperitoneo a tensión, marcada dilatación del colon, con lesiones quísticas intramurales, distribuidas a todo lo largo del mismo hasta el recto y comprometiendo además apéndices epiploicos, se revisa cavidad sin evidencia de lesión y se cierra, se instaura tratamiento antibiótico de amplio espectro utilizando metronidazol y amikacina, la paciente cursa con buena mejoría clínica por lo cual se da de alta del servicio sin complicaciones. **Conclusiones:** Se trata de una enfermedad poco común, se presenta en ambos sexos, pero con mayor frecuencia en hombres,

con una relación de 1.9-3.5:1, respecto al sexo femenino, se caracteriza por la presencia de quistes intramurales subserosos o submucosos llenos de gas, localizados en la pared del trato gastrointestinal, los sitios anatómicos más comunes de presentación son intestino delgado 42% (yeyuno 60%, duodeno 30%, ileon 10%), colon 36% y mixtos 22%. El tamaño de los quistes puede ser de algunos milímetros hasta varios centímetros, y están compuestos por nitrógeno, oxígeno y anhídrido carbónico. La evolución de estos quistes es la fibrosis y su desaparición. Existen tres formas patológicas, la microvesicular o pseudolipomatosis mucosa, la quística, y la difusa, donde la pared intestinal tiene apariencia de esponja. Su patogénesis es desconocida, pero se han implicado factores mecánicos, bacterianos pulmonares, químicos, dietéticos, inmunológicos, y por disminución de la permeabilidad de las mucosas. En cuanto a la clasificación de la NQI, se conocen dos tipos: primaria y secundaria: Primaria: explica el 15% de los casos, de etiología desconocida. Generalmente limitada a la submucosa del colon izquierdo o al mesenterio, y a menudo de distribución segmentaria. Secundaria: el 85% restante. Compromete la subserosa y puede abarcar estómago, intestino delgado y colon derecho; con patrón segmental o generalizado. En general, asociado con otra patología, ya sea de trato gastrointestinal o extraintestinal. En adultos casi siempre es un hallazgo incidental, con quistes subserosos, submucosos o ambos y por lo regular es de curso benigno. Hay una forma fulminante que se asocia a enterocolitis seudomembranosa. En niños la mayoría de las veces son submucosos y si se asocia a enterocolitis necrotizante es agresiva y fulminante. El diagnóstico puede hacerse con la radiografía simple de abdomen y tórax en bipedestación, donde se pueden observar los quistes o el neumoperitoneo, con la ecografía, la tomografía axial computarizada, y con la colonoscopia que es la que permite sospechar el diagnóstico con mayor certeza.

227

HERNIA INTERNA SECUNDARIA A BANDA DE LADD CON MALROTACIÓN INTESTINAL. REPORTE DE 1 CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Carlos C. Gutiérrez Del Valle, Servicio de Cirugía General, ISSEMYM Satélite, Estado de México

Introducción: La malrotación intestinal es una anomalía congénita de la rotación y fijación intestinal comprendiendo una serie de anomalías posicionales del intestino que resultan de una rotación intestinal inadecuada, incompleta o ausente durante la etapa de desarrollo fetal, estrictamente entre la 5^a y la 11^a semana de edad gestacional. El término malrotación comprende una serie de anomalías congénitas que se presentan dependiendo del tiempo de desarrollo intestinal. Si solo se ha rotado 90°, el intestino delgado quedará íntegramente al lado derecho de la arteria mesentérica superior y el colon quedará a la izquierda, esto se conoce como «no rotación». Otras anomalías constituyen no rotaciones aisladas de tanto la porción cefálica o caudal del intestino medio; incluso se describen rotaciones en forma horaria con antihorarias que condicionan hernias internas. Otras anomalías adicionales que pueden resultar son el volvulo de ciego y el de intestino delgado, los cuales se originan de una falla en la elongación del ciego y fijación del colon, y de una raíz mesentérica pequeña, respectivamente. Por otro lado están las llamadas bandas fibróticas de Ladd que son intentos embrionarios de fijar el intestino mal posicionado y que pueden causar obstrucción intestinal. Aproximadamente el 64 a 80% de los casos se reportan en el primer mes de vida. Presentándose con vómitos biliosos secundarios a obstrucción intestinal por la presencia de intestino volvulado o las bandas de Ladd. También, esta entidad puede ser detectada en otros escenarios como el hallazgo incidental por imágenes o asociada a otras anomalías anatómicas en pacientes asintomáticos. **Reporte del caso:** El presente trabajo tiene como finalidad reportar un caso de una paciente femenina de 29 días de vida extrauterina, con antecedentes de importancia de ser producto de la gesta 1, obtenido por parto eutóxico a las 35 SDG por ruptura prematura de membranas. Producto con trisomía 21, comprobado fenotípicamente y genotípicamente. Cuadro de 12 hr de evolución caracterizado por distensión abdominal intensa, irritabilidad, vómitos de contenido gástrico y deshidratación. Se realiza LAPE encontrando malrotación intestinal y banda de Ladd de pared abdominal hacia hígado, con presencia de hernia interna que involucra yeyuno e ileon, se reseca esta banda fibrótica con adecuada recuperación de intestino, dando por terminado acto quirúrgico. **Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico de elección para la malrotación intestinal es el procedimiento de Ladd que consiste en laparotomía para la reducción del volvulo intestinal si lo hubiera, sección de las bandas peritoneales de Ladd, localización del intestino delgado y grueso en posición de no rotación, ampliación del mesenterio para prevenir más volvulos, y remoción del apéndice mal posicionado. Pueden presentarse complicaciones a largo plazo tras la operación, principalmente obstrucción intestinal por lo que se sugiere seguimiento.

HERNIA INTERNA TRANSMESOCÓLICA: REPORTE DE UN CASO

Hanzel López Moraila, Cuadras VO, Barrera DJM, Basa NG, López FC, Olivares BD, Miramontes AC, Gómez EM. Servicio de Cirugía General, Hospital Juárez de México SSA, México D.F.

Introducción: Las hernias internas resultan de la protusión de una víscera abdominal a través de un orificio intraperitoneal, con la herniación de la víscera permaneciendo dentro de la cavidad abdominal. Las hernias internas ocurren del 0.2 al 0.9% de los casos de oclusión intestinal aguda. No tienen una manifestación clínica específica y son diagnosticadas durante el acto quirúrgico. **Reporte del caso:** Femenino de 74 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial de 7 años de diagnóstico tratada con IECA, sin antecedentes quirúrgicos, alérgicos o traumáticos. Inicia su padecimiento 36 horas previas a su ingreso con dolor abdominal súbito tipo cólico de intensidad 9/10, localizado en epigastrio que se irradia hacia mesogastrio y posteriormente se generaliza, se acompaña de náuseas y vómito de contenido gastrobiliar en número de tres ocasiones, además refiere incapacidad para canalizar gases y evacuar. Acude a facultativo quien prescribe tratamiento a base de analgésicos no especificados sin mejoría clínica, motivo por el cual acude al servicio de urgencias del Hospital Juárez de México donde se decide ingresar a quirófano por datos de abdomen agudo sec a oclusión intestinal con los siguientes hallazgos: trescientos centímetros de líquido de reacción libre en cavidad, con asas de intestino a 70 cm de la válvula ileocecal friables, marmórea, con necrosis de aproximadamente 20 cm, los cuales protúrxan a través de orificio en mesocolon a nivel de sigmoídes, por lo que se realiza resección intestinal con entero entero anastomosis término terminal. Evolucionando favorablemente en el postoperatorio. Se egresa del servicio por mejoría clínica. **Conclusiones:** El diagnóstico temprano de oclusión intestinal aguda y la indicación inmediata para la realización de laparotomía exploradora es la principal consigna del cirujano cuando se encuentra con un caso de abdomen agudo con diagnóstico probable de hernia interna; para minimizar así las severas complicaciones postoperatorias.

PERFORACIÓN INTESTINAL POR MIGRACIÓN DE TEXTILOMA INTRALUMINAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Oscar Gilberto Ruvalcaba Castañeda, Preciado AN, Montañez SLG, Palomares CU, Sánchez CO. Servicio de Cirugía General, Centro Médico Nacional de Occidente IMSS, Guadalajara Jalisco

Introducción: El textiloma es poco frecuente, pero siempre embarazoso e involucra consecuencias médicas y legales potencialmente peligrosas. Se han demostrado factores de riesgo como la participación de varios equipos quirúrgicos, volumen sanguíneo perdido y el cambio de personal de enfermería. Es difícil estimar la incidencia real debido a que se reportan menos de los que en realidad suceden. Existen estimaciones que tales errores ocurren en 1 de cada 1,000 a 1,500 cirugías abdominales. Un paciente con una gasa o compresa retenida puede presentarse en forma aguda o crónica. Aquellos que se presentan en forma aguda usualmente tienen un episodio de sepsis, forman un absceso o un granuloma. En la mayoría de los casos estimula una reacción inflamatoria aséptica, que causa adherencias y fibrosis, forma una cápsula y no da síntomas. Pueden presentarse meses o años después de la cirugía con dolor, como una masa o con oclusión intestinal subaguda; raras veces resultan en fistula, perforación libre y extrusión o sangrado. En 90% de los casos la identificación de un cuerpo extraño se realizará mediante placas simples de rayos X. El 10% restante requerirá estudios de imagen avanzados, como ultrasonido, tomografía computarizada o resonancia magnética. La mayoría de las veces el diagnóstico se obtiene durante el postoperatorio; en otros casos, meses o años después. Una vez diagnosticado debe ser extraído debido a complicaciones potenciales e impredecibles que se pueden presentar. La cirugía ha sido el estándar para la remoción de cuerpos extraños, aunque se han descrito extracciones guiadas por ultrasonido con técnicas percutáneas, por colonoscopia y laparoscopia. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 39 años de edad sin antecedentes personales patológicos de importancia, únicamente refiere una cesárea un año previo a valoración por nuestro servicio. Manifiesta iniciar su padecimiento actual un mes previo con dolor abdominal difuso persistente, náuseas, vómitos e hipertermia no cuantificada, motivo por el que acude con facultativo el cual decide manejo médico con antibióticos, analgésicos y antiespasmódicos, sin embargo continúa con dolor abdominal y se agrega estreñimiento, espaciando sus hábitos defecatorios. Una semana previa a su ingreso se agudiza el cuadro con presencia de dolor tipo cólico, distensión, náuseas, vómitos incoercibles de contenido gastrobiliar y ausencia de evacuaciones (9 días sin evacuar), debido a su persistencia acude a unidad médica familiar en donde es valorada y trasladada a nuestra unidad. A la exploración física paciente femenina en mal estado

general, pálida, diaforética, conciente, intranquila y orientada, deshidratada, taquicárdica, abdomen distendido, con cicatriz infraumbilical longitudinal, lucha peristáltica, resistencia muscular involuntaria, abdomen en madera, hiperalgésia cutánea presente, dolor a la palpación superficial y profunda en todos los cuadrantes, percusión timpánica distribuida, matidez hepática ausente, tacto rectal muestra ampolla colapsada. Debido a los datos clínicos se decide someter a laparotomía exploradora de la cual se refieren como hallazgos quirúrgicos abundante material fétido purulento; plastrón formado por intestino delgado y colon descendente; perforación de colon descendente de 1 centímetro de diámetro y en intestino delgado a 1.80 mt del treitz sellada por textil de 20 centímetros de longitud, provocando oclusión y necrosis de la pared intestinal. **Conclusiones:** El textiloma es poco frecuente, ante una evolución postoperatoria atípica debe considerarse la posibilidad de un textiloma. Una placa simple de abdomen es un estudio rápido, sencillo y poco costoso que puede dar el diagnóstico en aquellos casos que exista la posibilidad de un textiloma. Hasta en el 88% de los casos de textiloma el conteo resulta completo; sólo el tener buenos hábitos en el quirófano es la mejor prevención. Todo textiloma debe operarse debido a complicaciones potenciales. La cirugía de extracción debe ser siempre lo más sencilla posible.

NECROSIS INTESTINAL Y ABSCESO INGUINAL POR HERNIA DE RITCHER, TRATADA POR LAPAROSCOPIA

Sergio Aguilar Velázquez, Ruiz IS, Aguilar, Mercado MJ, Olivares OD, Pérez PK, Musalem AD. Servicio de Cirugía Laparoscópica, Hospital Ángeles León, Irapuato Guanajuato

Introducción: Existen varios padecimientos quirúrgicos que pueden ser tratados por acceso laparoscópico y en caso necesario asistirlos, se ilustra aquí un ejemplo en el que la paciente se encuentra sumamente grave y se beneficia ampliamente. **Objetivo:** Informar que el acceso laparoscópico en hernias inguinales y femorales complicadas puede ser sumamente útil y en casos graves puede ser mejor que el abordaje tradicional. **Material y métodos:** Paciente femenina de 36 años que acude a urgencias con historia de una semana de evolución con dolor abdominal, vómitos, fiebre, escalofríos, distensión abdominal e incapacidad para evacuar, consultada por múltiples médicos y tratada con analgésicos y antibióticos. Como antecedente refiere hipertiroidismo con regular control, y que 3 meses antes le practicaron plastía con colocación de malla en hernia inguinal derecha. Tiene dolor y eritema e induración hacia tercio sup. de muslo y en región inguinal derecha, hay silencio abdominal, rebote positivo, signos de abdomen agudo, un ultrasonido reveló líquido en r. inguinal en relación a probable absceso, unas radiografías revelan niveles hidroáreos y ausencia total de aire en colon y ampolla rectal, una biometría hemática reveló leucocitosis de 16,700 con bandemia y neutrófilia, la paciente lucía séptica pero no se demostraron fallas orgánicas, se decide intervención quirúrgica de urgencia, previa hidratación, impregnación de antibióticos y control de su estado hemodinámico y tiroideo, con los diagnósticos de Abdomen agudo secundario a hernia inguinal o femoral encarcerada, con absceso, con oclusión intestinal, necrosis y peritonitis, en hoja de autorización de operaciones se le indica que se practicará laparoscopia diagnóstica y terapéutica si es posible aparte en un segundo tiempo quirúrgico la debridación abierta de la zona inguinal. Se practicó liberación de intestino encarcerado en hernia femoral y resección intestinal de la zona necrosada y abscedada, y anastomosis término-terminal por laparoscopia asistida, lavado de cavidad peritoneal, colocación de drenovack y en un segundo tiempo se practica debridación de absceso inguinofemoral derecho, por abundante pus y tejidos necrosados. En el video se muestra la vista laparoscópica de la complicación, la resección, la anastomosis intestinal, y la debridación abierta tradicional del absceso, en el transoperatorio se nota que inmediatamente después de hacer la anastomosis empieza a funcionar, se visualiza en el video el tránsito intestinal inmediato desde la parte dilatada de la oclusión a la parte colapsada del intestino distal. Y en las 6 horas del postoperatorio tuvo nueve evacuaciones líquidas, sintiendo rápido alivio. Se trató con nutrición artificial total, antibióticos de amplio espectro, curaciones, con evolución muy satisfactoria, y fue dada de alta a los 5 días del postoperatorio, estuvo con curaciones diarias de la herida inguinal por 8 semanas hasta el cierre total de la herida. **Resultados:** Se describe el abordaje diagnóstico y terapéutico y se analizan los resultados y conclusiones comparados con la literatura mundial. La paciente evolucionó muy bien, se resolvió por laparoscopia asistida la necrosis intestinal y la peritonitis evitando laparotomía que tiene mayor riesgo de infección de herida quirúrgica y evolución más prolongada. **Conclusiones:** El caso ilustra la gravedad de la hernia complicada con necrosis intestinal y absceso inguinal y un estado séptico, muestra que el abordaje del absceso inguinal debe ser en un segundo tiempo quirúrgico en forma tradicional dejando la herida abierta, también muestra la resolución laparoscópica asistida, con anastomosis con sutura manual, con mejor evolución que

la cirugía abierta tradicional, y también demuestra la observación laparoscópica que el intestino resecado y recién anastomosado funciona inmediatamente y rompe el paradigma de que el intestino anastomosado debe estar en reposo varios días sin vía oral.

231

HERNIA MESENTÉRICA CONGÉNITA EN EL ADULTO

José Antonio Posada Torres, Zerrweck LC, Figueroa GL, Maydon GH, Cervantes CJ. Servicio de Cirugía, Centro Médico ABC, México D.F.

Introducción: Una hernia interna se describe como una protrusión aguda o crónica de una víscera a través de una apertura mesentérica o peritoneal. La incidencia se calcula alrededor del 0.2-0.9%. Dentro de la etiología se encuentran la cirugía previa, defectos congénitos, procesos inflamatorios y trauma. Aunque la causa más común de obstrucción intestinal en el adulto (75%) es por adherencias postoperatorias, también puede ser causada por una hernia interna en alrededor de 0.6 al 5.8% de los casos. Dependiendo de su localización, se han clasificado en paraduodenales, transmesentéricas, transomtales, pericecales, trans foramen de Winslow, paravesicales y pélvicas. La mayoría de los casos de la literatura son reportes aislados debido a la baja incidencia. La presentación es más común en la población pediátrica. El defecto transmesentérico es extremadamente infrecuente, especialmente en la población adulta. La presentación habitual es un cuadro agudo de obstrucción intestinal sin antecedentes quirúrgicos. **Reporte del caso:** Femenino de 38 años, sin antecedentes médicos quirúrgicos, que acudió al servicio de urgencias por presentar un cuadro de 12 horas de evolución caracterizado por dolor abdominal de inicio súbito, difuso e intenso, asociado a náusea, vómito de características gastrobiliares en repetidas ocasiones e incapacidad para evacuar y canalizar gases. EF: taquicardia de 120 lpm, mal estado de hidratación, abdomen distendido, doloroso a palpación generalizada y rebote positivo. Tacto rectal y resto de la exploración sin datos relevantes. En los estudios paraclinicos se encontró leucocitosis de 18,000, placa de abdomen con distensión importante de asas y niveles hidro-aéreos. Se diagnosticó obstrucción intestinal aguda y se decidió intervenir quirúrgicamente. Se realizó laparotomía exploradora de urgencia y se identificó un gran defecto en el mesenterio, con todo el intestino delgado atrapado en la hernia, sin evidencia de sufrimiento intestinal. Se redujo y se cerró el defecto mesentérico con puntos interrumpidos de polipropileno. Evolucionó de manera satisfactoria y egresó cuatro días después. **Conclusiones:** La hernia mesentérica congénita es una entidad poco común, que habitualmente debutá con una oclusión intestinal aguda. Se presenta mayormente en la población pediátrica y su diagnóstico es durante el perioperatorio. Su presentación en el adulto es extremadamente inusual.

232

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A MELANOMA METASTÁSICO

Jorge Gabriel Andrade Bautista, López BMR, Andrade ZFJ, BECERRA LDM, Domínguez JGL. Servicio de Cirugía, HGZ/MF No. 1 IMSS, San Luis Potosí S.L.P.

Introducción: El melanoma maligno representa una de las patologías neoplásicas que con mayor frecuencia, ocasiona metástasis al tracto gastrointestinal. El intestino delgado, es la ubicación más común de estas metástasis; seguidas de lesiones localizadas en colon y estómago. **Reporte del caso:** Se trata de paciente masculino de 61 años de edad. Antecedente de Cirugía en región inguinal izquierda 2 años previos sin definir causa y diagnóstico. Ingresó al servicio de urgencias por presentar distensión abdominal, náusea y vómito de contenido gastrointestinal y ausencia de evacuaciones de 4 días de evolución de forma progresiva. Es manejado con reposición hidroelectrolítica, colocación de SNG e ingresado a hospitalización. En Placa Simple de abdomen se aprecia dilatación de asas de delgado con niveles hidroáreos, ausencia de gas en recto. Placa de tórax con imágenes hiperdensas en ambos campos pulmonares sugestivas de metástasis. En estudios de laboratorio con anemia de 8 gr por lo que es hemotransfundido en forma preoperatoria. Valoración prequirúrgica por Medicina Interna con Goldman II, ASA II. Es programado para laparotomía exploradora con sospecha de cáncer de colon obstructivo. Se encuentra líquido peritoneal citrino, crecimiento ganglionar mesentérico, dilatación de asas de delgado proximal a sitio de obstrucción, la cual es causada por intususcepción de tumor a 2 mt del ángulo de Treitz. Se revierte dicha invaginación intestinal y se encuentra tumor violáceo de aproximadamente 5 cm. Se realiza resección intestinal de segmento afectado con anastomosis término-terminal. Se encuentran dos lesiones similares de aproximadamente un cm cada una a 1.30 mt y 2.8 mt no obstrutivas. Hígado de aspecto normal. Colon normal. Presenta adecuada evolución postoperatoria, con restauración de peristaltismo e inicio de vía oral a las 72 hrs. con adecuada tolerancia. Histológicamente se aprecia lesión neoplásica

sica que infiltra mucosa y submucosa intestinal. Hipercelularidad y zonas pigmentadas. Células neoplásicas pleomórficas, multinucleadas, hipercromatismo y actividad mitótica, se aprecia Pigmento melánico. Neoplasia que infiltra y diseca haces musculares e Infiltración a serosa. **Diagnóstico:** Melanoma maligno metastásico ulcerado. **Conclusiones:** Se debe mantener un alto índice de sospecha en aquellos pacientes con antecedentes de melanoma que consulten con síntomas inespecíficos referidos a la esfera gastrointestinal. En este paciente no se contaba con antecedente conocido de melanoma. La resección quirúrgica del segmento comprometido es la opción terapéutica paliativa de mayor efectividad y se justifica en pacientes sintomáticos con el único objetivo de corregir los síntomas agudos y prolongar la vida.

233

HERNIA INTERNA SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL

Marco Antonio Soto Ledesma, Sosa RA. Servicio de Cirugía General, Hospital de Concentración Satélite ISSEMYM, Tlalnepantla Estado de México

Introducción: El Divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del intestino delgado, es el resultado de una obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico o vitelino durante la quinta semana de desarrollo fetal. Contiene todas las capas normales de la pared intestinal y aproximadamente en un 50% tiene tejido ectópico, del cual el 60% corresponde a mucosa gástrica. Otros tejidos ectópicos son tejido pancreático, mucosa colónica, endometriosis o tejido hepatobiliar, es único y se sitúa en el borde antimesentérico a unos 100 cm del íleon terminal. Las complicaciones más frecuentes son la hemorragia, obstrucción, intususcepción, diverticulitis, perforación y neoplasia. La hemorragia es la complicación más frecuente en niños y es resultado de la ulceración de la mucosa gástrica ectópica. En adultos es más frecuente la obstrucción y la diverticulitis. La inversión en el adulto es bastante rara. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 16 años de edad sin antecedentes quirúrgicos previos quien se presenta al servicio de urgencias con cuadro doloroso abdominal en mesogastrio de 16 horas de evolución con ausencia de evacuaciones, vómito de contenido gastroalimentario, a la exploración física con distensión abdominal, dolor en mesogastrio y fosa ilíaca derecha, rebote positivo, signos apendiculares positivos, laboratorios con leucocitosis de 13 mil con predominio de segmentados, placa simple de abdomen con distensión de asas de intestino delgado, edema interasa. Se realiza laparotomía exploradora encontrándose un divertículo de Meckel a 60 cm de la válvula ileocecal de aproximadamente 15 cm de longitud, con luz en todo su trayecto con persistencia de fijación a cicatriz umbilical sin comunicación al exterior con presencia de banda fibrótica de pared anterior del abdomen a fosa ilíaca derecha, probablemente congénita con efecto de hernia interna con asas de ileon entre ambos con datos de compromiso vascular leve el cual recupera al liberarlas, se libera el divertículo de cicatriz umbilical y se realiza resección intestinal de aproximadamente 15 cm en el sitio del divertículo con anastomosis término-terminal, se realiza apendicectomía incidental. El paciente evoluciona favorablemente y es egresado del servicio sin complicaciones. El reporte del estudio histopatológico aún pendiente. **Conclusiones:** El conducto onfalomesentérico es una conexión entre el saco vitelino y el intestino medio embrionario. Durante el desarrollo embrionario normal este conducto es completamente obliterado entre la quinta y la novena semana de gestación, impidiendo la conexión entre el intestino y la pared abdominal. Diversos factores pueden causar alteraciones en el desarrollo embrionario normal y resultar en una serie de anomalías. La obstrucción intestinal secundaria a un divertículo de Meckel es de las complicaciones más raras de esta patología. La importancia de este caso radica en la asociación con una anomalía probablemente congénita (banda fibrosa) que favoreció el efecto de hernia interna.

234

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BANDA ÚNICA, TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO

Azucena Reyes García, MARTÍNEZ BA, PÉREZ SO, SOTO DC. Servicio de Cirugía, Hospital General Acapulco SSA, Acapulco Guerrero

Introducción: El síndrome de obstrucción intestinal se caracteriza por dolor abdominal, vómito, constipación, distensión e incapacidad para canalizar gases y evacuar; la complicación más grave es la estrangulación con peritonitis; es bien sabido, que cada intervención quirúrgica aumenta el riesgo de recidiva por lo que la laparoscopia ofrece un tratamiento rápido y menos invasivo que la laparotomía exploradora disminuyendo la morbilidad, en especial cuando se trata de banda única. **Reporte del caso:** Masculino 31 años de edad, con antecedentes de apendicectomía abierta 21 días previos a su ingreso, acude por dolor abdominal tipo cólico, vómitos, náusea, distensión abdominal, sin canalizar gases ni evacuar. Se inició manejo conservador mediante SNG, ayuno, y soluciones IV durante 32 hrs sin mejoría del cuadro; agregándose febrícula. El laboratorio reportó leucocitosis de 13,400, bandas 0, Hb 13.4, urea 38, creatinina 0.6, glucosa 75 mg/dl, por lo decidieron some-

terse a tratamiento vía laparoscópica, encontrando leve distensión abdominal, asa dilatada, obstruida por banda fibrosa única, correspondiendo a ileón aproximadamente a 120 cm del VIC, se cortó con cauterio y corroboró la viabilidad del intestino. Cursó con un postoperatorio favorable, retirando SNG a los tres días, iniciando líquidos, con buena tolerancia, y siendo egresado al quinto día, sin complicaciones. **Conclusiones:** Como alternativa quirúrgica actual no debe dejar de mencionarse el procedimiento laparoscópico en la obstrucción del intestino delgado. Duh esboza los siguientes criterios: distensión abdominal leve, que proporciona visualización adecuada, banda única, obstrucción proximal, o parcial, y que mejora con SNG.

235

AMEBOMA INTESTINAL. REPORTE DE UN CASO

Javier Díaz Ramón, Hernández MR, Villanueva RJ, Vásquez FF, Valerio UJ. Hospital de Alta Especialidad Veracruz SSA, Veracruz Ver.

Introducción: Se considera que aproximadamente 10% de la población mundial se encuentra infectada por *E histolytica*; dentro de su patrón de presentación, el ameboma intestinal es poco frecuente, ocurriendo tan solo en el 1% de los casos de amebiasis invasora. Clínicamente se presenta como una tumoración abdominal palpable en fosa iliaca derecha, dura y dolorosa. Anatómicamente se localiza en la mayoría de los casos en ciego y colon ascendente. Es común su presentación en adultos jóvenes, siendo muy infrecuente su presentación en pacientes pediátricos.

Objetivo: Presentar el siguiente caso de ameboma intestinal es una paciente de 3 años de edad. **Material y métodos:** Se trata de paciente femenina de 3 años 11 meses de edad, la cual es llevada por su madre al servicio de urgencias por presentar hiporexia, irritabilidad, dolor abdominal que se ha acompañado de náusea y vómito de contenido gástrico en tres ocasiones, y evacuaciones semiliquidas en tres ocasiones, cuadro de 48 horas de evolución. Al interrogatorio la madre refiere que se trata de producto de la tercera gestación, son de nivel socioeconómico bajo, habitan casa con techo de lámina, piso de tierra, sin servicios de urbanización y fecalismo al aire libre. En la exploración física encontramos paciente bien conformado, subhidratada y quejumbrosa; con adecuada ventilación pulmonar, abdomen plano con datos fracos de irritación peritoneal, con resistencia muscular, doloroso a la palpación en mesogastrio y fosa iliaca derecha, signos Mc Burney y Von Blumberg positivos, peristaltis disminuida. Signos vitales con frecuencia cardíaca 116 x', respiratoria 30 x' y temperatura 37.9°C. Los exámenes de laboratorio muestran una biometría hemática con hemoglobina 12.4, leucocitos 13.1, eosinófilos 5%, bandas 4%; electrolitos séricos con Na 140, K 4.1, Cl 103. Con los datos mencionados se indica su pase a quirófano con diagnóstico preoperatorio de probable apendicitis agudizada. Previa asepsia y antisepsia y bajo anestesia general, se realiza incisión tipo Rocky Davis y diéresis por planos hasta llegar a cavidad abdominal; se localiza ciego el cual muestra características irregulares, de consistencia semisólida con zonas de isquemia importante, oclusión parcial de luz intestinal, bordes irregulares, datos compatibles con ameboma intestinal; apéndice vermiciforme de características normales. Resto de cavidad abdominal sin alteraciones. Se procede a realizar resección del ciego, se cierra colon ascendente en bolsa de Hartman y se realiza ileostomía la cual se saca por la herida quirúrgica, se fija a aponeurosis y piel con Vicryl 2.0 realizándose estoma, dando por concluido el acto quirúrgico. El análisis histopatológico de la pieza quirúrgica mostró infección por *Entamoeba histolytica* y por *Trichuris trichura*, de bordes quirúrgicos respetados. La paciente fue sometida a tratamiento médico con excelentes resultados. **Conclusiones:** Las enfermedades asociadas a la pobreza aun son padecimientos de nuestra población, donde los menores son altamente vulnerables. El tratamiento médico oportuno es eficaz en la mayoría de los casos, lográndose evitar el abordaje quirúrgico salvo que haya complicaciones tales como obstrucción o perforación.

236

PSEUDO-OCLUSIÓN INTESTINAL DE ORIGEN EXTRAINTESTINAL: CARCINOMATOSIS DE PRIMARIO DESCONOCIDO (NECESIDAD DE LAPAROTOMÍA EXPLORADORA DIAGNÓSTICA)

Abigail Patricia Huerta Arellano, Villegas TP, Moreno AE, Ley MLA, Linarte MLC, Ramírez CR, Esparza PR, Sánchez BMR, Zurita NGR. Servicio de Cirugía General HGZ No. 30 Iztacalco IMSS, México D.F.

Introducción: La pseudo-oclusión intestinal crónica es una enfermedad rara y severa, semeja a una obstrucción intestinal con la ausencia de lesiones que ocluyen el intestino, se presenta en 20% de adultos. La primera causa son las adherencias, en segundo las hernias y tercero neoplasias propias o secundarias a carcinomatosis peritoneal. Las manifestaciones clínicas típicas son episodios recurrentes de dolor abdominal, distensión y estreñimiento con o sin vómito, con ausencia radiológica de distensión de asas, niveles hidroáreos. El manejo del cuadro agudo es líquidos y electrolitos IV, sonda nasogástrica y rectal, antibió-

ticos, soporte energético IV y promover el tránsito. Cuando es crónico requiere soporte nutricional con suplementos, en cuadros muy severos, nutrición parenteral. **Reporte del caso:** Femenina de 70 años, antecedentes de enfermedad diverticular de colon descendente diagnosticada 3 meses antes, tratada con mesalazina, trimebutina y fenaltaleína; estreñimiento intermitente; una cesárea y plastía inguinal bilateral hace 40 años; USG pélvico: útero y ovarios normales, vejiga con retención urinaria del 24%; USG hepato-biliar sin anomalías; pérdida de peso de aprox. 10 kg en dos meses. Inicia padecimiento actual posterior a la ingesta de alimentos grasos con dolor abdominal tipo cólico en flanco derecho, irradiación generalizada; posteriormente localizándose en flanco y fosa iliaca izquierda, con náusea sin llegar al vómito, evacuaciones líquidas y tenesmo rectal. Exploración física: deshidratada, abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, cicatrices de cirugías previas, hiperestesia, blando, depresible con dolor en marco cólico de predominio izquierdo y en fosa iliaca izquierda, peristalsis disminuida, timpanismo en cuadrantes izquierdos. Laboratorios: examen general de orina: leucocituria y bacteriuria. Biometría hemática: leucocitosis de 15.5 10³/μl, neutrófilos 9.1 10³/μl, resto normal. Rayos X de abdomen pie y decubito con coproestasis en colon descendente, no niveles hidroáreos, escoliosis lumbar. Tele de tórax con cardiomegalia, infiltrados parahiliares y elevación de ambas cúpulas diafragmáticas. Valorada por Colon y Recto: no enfermedad diverticular complicada. Días posteriores mejoría clínica; tolerancia a líquidos, dolor de leve intensidad a la palpación profunda en hipogastrio, fosa iliaca y flanco izquierdos. Posteriormente dolor abdominal de gran intensidad. Rayos X de abdomen sin niveles hidroáreos, no imagen de vidrio desplulado. Endoscopia: hernia hiatal por deslizamiento, refluxo duodenobiliar. Gastroenterología: indica manejo con metoclopramida, omeprazol, gel de aluminio y magnesio. Tránsito intestinal sin defectos de llenado o datos de estenosis. Laparotomía exploradora: carcinomatosis que compromete a todos los órganos probable primario de estómago, induración hacia la curvatura menor, múltiples nodulaciones adherencias hepato-gástricas, compromiso de ligamento gastrohepático; ascitis 4,500 ml, sangrado 200 ml. Biopsias de epíplón, se envían a patología. Posterior presenta mejoría en sintomatología con presencia de evacuaciones normales. Envío a Oncología CMN SXXI. Resultado de patología: adenocarcinoma pobremente diferenciado con áreas desmoplásicas y necrosis focal metastásico a epíplón. Probable tumor primario de estómago. **Conclusiones:** La paciente presentó un cuadro de pseudo-oclusión intestinal por la evolución durante su internamiento, al realizar la LAPE y obtener el resultado de patología se dio con el origen de dicho padecimiento. Lamentablemente la carcinomatosis peritoneal, considerada clásicamente un signo de enfermedad generalizada, se asocia con mal pronóstico y disminución en la calidad de vida. La supervivencia se estima es de meses. Actualmente se da manejo con cirugía citorreductiva y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica con resultados alentadores.

237

INFESTACIÓN POR ASCARIS: CAUSA DE ABDOMEN AGUDO Y OCLUSIÓN INTESTINAL

Daniel Hernández Ramírez, Portela RG, Garcés MA, Hernández AV, Barragán RM, Cervantes MP. Servicio de Cirugía, HECMNSXXI IMSS, Tampico Tamaulipas

Introducción: La infección por ascaridiasis se estima en 3 billones de personas en el mundo, con prevalencia de hasta 45% en algunas regiones de Asia y América Latina. Es la parasitosis más extendida en algunas regiones de México, hasta 33% de la población la tiene y 5% sufre la forma masiva. Es una infestación asintomática y la mayoría de las complicaciones aparecen entre 5 y 10 años; los huevecillos de áscaris proliferan más intensamente en estas edades, disminuyendo dramáticamente sin desaparecer en los adultos. La patogénesis es atribuible a la respuesta inmune del huésped, los efectos de la migración de la larva, los efectos mecánicos de las lombrices adultas y las deficiencias nutricionales del huésped. Los síntomas más frecuentes son palidez, meteorismo, dolor abdominal y fiebre. Las lombrices adultas viven en el yeyuno; cuando migran a través del intestino por el gran número de lombrices se entrelazan pasando por el ileón y la obstrucción del intestino ocurre cuando forman una masa sólida que causa inflamación, espasmo, vólvulos, invaginación y obstrucción mecánica por los áscaris. Presentamos el caso de 2 pacientes en edad escolar, con infestación por *Ascaris lumbricoides*, ambas de estrato socioeconómico bajo en un hospital rural de IMSS Oportunidades, que ameritaron laparotomía exploradora por datos de oclusión intestinal e irritación peritoneal. **Reporte del caso:** Caso 1: femenino de 6 años con antecedente de desnutrición crónica y náusea con vómito de contenido gástrico de 3 días de evolución. Se agrega dolor abdominal de moderada a severa intensidad y ataque al estado general 24 horas antes previas a su revisión en el servicio de urgencias. EF TA 90/60, fr 24, fc 100, t 37°C, laboratorios dentro de la normalidad, no se contó con radiografía de

abdomen. A la palpación se encontró irritación peritoneal con dolor a la palpación generalizada por lo que se sometió a laparotomía exploradora encontrándose infestación por 38 *Ascaris lumbricoides* formando un conglomerado hacia ileón distal. Se realizó apendicectomía incidental y enterotomía con extracción de los mismos. Se inició tratamiento antihelmíntico a la paciente y a la familia completa, con adecuada tolerancia a la vía oral a las 72 horas por lo que se egresó del servicio, continuando asintomática a los 45 días del procedimiento quirúrgico. Caso 2: femenino de 5 años con talla y peso bajo para la edad, con vómito de contenido gastrointestinal de 6 días de evolución, agregándose hipertermia intermitente y dolor abdominal de severa intensidad 24 horas previas a su ingreso. Laboratorios con 11,000 leucocitos (2% bandas, 1% eosinófilos). Radiografía simple de abdomen con datos de ileo, imagen en vidrio despolido. A la EF con signos vitales normales, no se auscultó peristaltismo, se palpó plastrón fijo hacia cuadrante inferior derecho con dolor a la palpación generalizada y datos de irritación peritoneal, por lo que fue sometido a cirugía con diagnóstico preoperatorio de infestación por ascariasis. Se realizó laparotomía exploradora, apendicectomía incidental y enterotomía con extracción de 32 *Ascaris lumbricoides*. Se inició vía oral a las 72 horas del procedimiento, con adecuada tolerancia y se encuentra asintomática a 15 días de la cirugía. **Conclusiones:** Cuando existe obstrucción intestinal, los signos son irritación peritoneal y estado de choque, y puede requerirse cirugía de urgencia. En los casos de suboclusión parcial la administración de pa-moto de pirantel precipita la obstrucción intestinal, ya que causa parálisis espástica en los gusanos; en los casos agudos no es conveniente emplear mebendazol, ya que provoca la muerte e inmovilización de los gusanos, de manera lenta, lo que puede predisponer a obstrucción. Siempre debe tomarse en cuenta esta entidad patológica al tratar pacientes pediátricos de estrato socioeconómico bajo con sintomatología gastrointestinal.

238

DUPLICACIÓN INTESTINAL, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Wilfrido Velázquez Vázquez, Zamario FS, Casillas CAA, Díaz TJ, Martín BGM, Murrieta GHF, Pelayo SF. Servicio de Cirugía General, Centro de Especialidades del Estado de Veracruz (CEMEV) SSA, Xalapa Veracruz

Introducción: El duodeno se desarrolla embriológicamente a partir de la porción caudal del intestino anterior y la porción cefálica del intestino medio. El mesenterio anterior y posterior forman el ligamento de Treitz. Intestino medio. Su crecimiento es longitudinal y lo hace fuera de la cavidad abdominal entre la 6° y 9° semana. El intestino medio gira 90° formando el asa vitelina. En el segmento postvitelino aparece la dilatación del ciego. El segmento previtelino forma las asas intestinales y el postvitelino constituye la parte terminal del ileón y una parte del colon. Duplicación intestinal. Es una malformación congénita poco frecuente que puede ocurrir a cualquier nivel del tubo digestivo. Debe cumplir clásicamente al menos tres criterios para ser catalogada como duplicación intestinal verdadera: 1) cubierta fina bien desarrollada; 2) línea epitelial representativa de alguna porción del tubo digestivo; 3) íntima adherencia a alguna porción del tracto del tubo digestivo. La incidencia de la duplicación intestinal es de 1 por cada 4,500 autopsias, representando un 0.2% en niños. Se califica en: tipo I en donde la duplicación está a un lado del mesenterio y las arterias de la duplicación transcurren paralelas e independientes a la vascularización intestinal; y el tipo II en donde la duplicación está entre las dos cubiertas del mesenterio y su irrigación procede de las arterias principales que irrigan el intestino. Se reporta el caso de una paciente de 9 años con duplicación intestinal tipo II. **Reporte del caso:** Caso clínico: Paciente femenino de 9 años de edad, con antecedente de anemia ferropénica desde los 11 meses de edad, espina bífida. Ingresó al servicio de urgencias por dolor abdominal localizado en región periumbilical, persistente sin irradiaciones, acompañado de astenia, adinamia, somnolencia y fiebre no cuantificada, distensión abdominal, evacuaciones con características normales, niega vómito o diarrea. E.F. palidez importante de tegumentos, hidratada, abdomen plano, blando, depresible, con globo vesical, puntos ureterales positivos, bilaterales, MC Burney y rebote positivos, demás signos apendiculares negativos, sin peristasis audible. Frecuencia cardiaca: 110 por minuto, temperatura: 38°C. Rx de abdomen con niveles hidroáreos en fossa iliaca derecha, EGO normal, BH: leucocitos de 15,100, NE 65%, bandas de 3%, Hb 5, Hto 13. Se pasa a quirófano con diagnóstico de apendicitis probablemente complicada. Se encontró plastrón formado por múltiples adherencias, que involucra intestino delgado, colon, útero, anexo izquierdo, vejiga y pared pélvica con grandes conglomerados de ganglios mesentéricos, escaso material purulento libre en cavidad, asa intestinal paralela de 20 cm de yeyuno a 50 cm de la VIC con un extremo en asa ciega y el otro con perforación; adherencias a útero, vejiga. Divertículo de Meckell a 1 mt de la VIC. Se realiza resección intestinal con enterointero anastomosis término-terminal de 15 cm de intestino delgado, lisis de adherencias, y apendicectomía pro-

filáctica. **Conclusiones:** La importancia del presente caso radica en conocer más sobre este tipo de anormalidad infrecuente (1 por cada 4,500 autopsias) y el manejo que se propone. Fue una duplicación tipo II que se debe tomar en cuenta cada vez que se realiza una cirugía de la cavidad abdominal.

239

SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS: REPORTE DE CASOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA

Mónica Heredia Montaño, Rodríguez AS, Quintero CE, Hernández GS, Venancio BS. Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Puebla, Puebla Pue.

Introducción: El Síndrome de Peutz Jeghers es una entidad hereditaria caracterizada por poliposis hamartomatosa asociada con pigmentación mucocutánea. La incidencia es de 1 por 8,300 a 29,000 nacidos vivos. La relación entre la pigmentación mucocutánea y la poliposis intestinal fue notificada por Peutz en 1921, la descripción definitiva fue escrita por Jeghers en 1949. La pigmentación de los labios se presenta en 96% de los casos, la de la mucosa oral en 83%. La obstrucción intestinal causada por los pólipos es el síntoma más común y se reporta en 86% de los pacientes. La intususcepción del intestino delgado usualmente se resuelve de forma espontánea. Se recomienda la remoción de los pólipos mediante técnica de polipectomía endoscópica. Cuando se localizan en intestino delgado se emplean técnicas combinadas de endoscopia y cirugía. **Reporte del caso:** Caso 1. Femenino de 29 años. originaria y residente de Izúcar de Matamoros Puebla, antecedente de sangrado de tubo digestivo alto, en abril 2007 se realizó endoscopia encontrando gastritis leve crónica. Ingresó a urgencias con datos clínicos de abdomen agudo, se realiza apendicectomía sin complicaciones. En el postoperatorio inmediato cursa con dolor abdominal difuso, distensión, con vómito en 4 ocasiones de contenido gástrico con evacuaciones en «grosella». A la exploración: en mucosa oral máculas hiperpigmentadas en carrillos y labios de 3 mm de diámetro, abdomen distendido, doloroso a la palpación media y profunda, peristalsis abolida, a la percusión timpánico en cuadrantes superiores y mate en los inferiores. Radiografías de abdomen de pie y decúbito con niveles hidroáreos en mesogastrio. Ingresó a quirófano encontrando como hallazgos: Intususcepción ileo ileal a 230 cm del ligamento de Treitz, con necrosis de 15 cm de asa, realizándose resección y entero entero anastomosis término-terminal en dos planos. Dos pólipos, uno a 40 cm que ocuye 90% de la luz y otro a 100 cm del ligamento de Treitz que ocuye 40% de la luz, que ocasionaban invaginación la cual se resuelve y se realiza polipectomía y cierre en dos planos. Con evolución favorable hasta su egreso. Reporte de patología: pólipos hamartomatósos sin displasia. Caso 2. Femenino 19 años originaria y residente de Puebla, Puebla. Antecedente de resección de nódulo mamario dos años previos a su ingreso, resultado de patología nódulo benigno. Laparotomía exploradora 1 año previo por quiste torcido de ovario izquierdo. Inicia su padecimiento el día de su ingreso con dolor en epigastrio, incapacitante, sin irradiaciones que no cede a la administración de analgésicos, acompañado de náusea y vómito de contenido gástrico. Exploración física con fascies dolorosa, posición en gatillo, máculas hipercrómicas en labio inferior de 2 y 3 mm y en paladar blando y carrillos; abdomen globoso, distensión abdominal, peristalsis disminuida, plastrón en mesogastrio el cual es doloroso. Extremidades con máculas hipercrómicas en región palmar y plantar. Se realiza laparotomía exploradora encontrando intususcepción a 100 cm de la válvula ileo cecal con necrosis de 20 cm de ileo se realiza resección y entero entero anastomosis en dos planos. Reporte de patología: pólipos hamartomatósos sin displasia. **Conclusiones:** La obstrucción intestinal causada por pólipos es el síntoma más común en el síndrome de Peutz Jeghers y se ha reportado en 86% como en el caso de nuestras pacientes. El tratamiento quirúrgico debe resolver la intususcepción en caso de haberla, realizar una resección en bloque de los pólipos con el intestino afectado y realizar las polipectomías que sean necesarias, el tratamiento puede ser apoyado durante el transoperatorio por endoscopia.

240

SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS CON AFECCIÓN EN YEYUYO COMO CAUSA DE OCLUSIÓN INTESTINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

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

Introducción: Antecedentes: De patrón autosómico dominante, este síndrome se caracteriza por lesiones cutáneas y poliposis a distintos niveles, siendo la oclusión de intestino delgado predominante en niños, en edades posteriores la modalidad de presentación es por sangrado de tubo digestivo crónico; la asociación con cáncer es rara asociada a pérdi-

da de la expresión del gen STK11/LKB1, en quienes el manejo consiste en seguimiento médico, resolución de las complicaciones y consejo genético, es pobre la información disponible acerca de su incidencia y de las complicaciones en el país. **Objetivos:** Presentación de un caso de oclusión intestinal alta secundario a poliposis familiar, Síndrome de Peutz-Jeghers, con afección intestinal a nivel de yeyuno en el adulto. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 27 años de edad quien como antecedentes de importancia refiere consumo del alcohol mensual llegando a la embriaguez de forma esporádica, quirúrgicos a expensas de cirugía por desprendimiento de retina derecha hace 15 años con disminución de agudeza visual, cirugía abdominal por poliposis colónica hace 12 años, cuadros repetitivos de dolor tipo cólico resueltos con analgésicos convencionales en menos de 24 horas, diagnosticado con sínd. De Peutz-Jeghers desde los 2 años de edad por máculas hipercrómicas en labios y dedos. Acude refiriendo padecimiento de 48 hr de evolución de dolor abdominal tipo cólico en mesogástrico, con intensidad 10/10, acompañado de náusea y vómito en 7 ocasiones de contenido biliar, así como distensión abdominal, incapacidad para canalizar gases y evacuar, a la exploración con TA 130/80, Fr 28, FC 96, T 37, paciente masculino conciente, orientado, con agitación psicomotriz, diaforético, ojos con presencia de leucocoria derecha, narina derecha con sonda levín con gasto intestinal, cavidad oral con presencia de múltiples máculas peribucales cafés, mucosa deshidratada, cuello sin alteraciones, tórax con aumento de la frecuencia respiratoria, con adecuadoaireamiento bilateral, área precordial taquicardia, abdomen con distensión abdominal predominio hemiabdomen superior, con hiperestesia e hiperbaralgia, dolor a la descompresión, timpanismo en predominio del hemiabdomen superior, peristalsis de tonalidad metálica, genitales sin alteraciones aparentes, extremidades frías con llenado capilar 5 segundos. Labs eri 5.48, hb 15.4, Hto 44.6, leu 18,630, Neu 91.1%, Linf 4.6, plaq 452, Glu 106, U 26, Cr 1.1, Na 144, K 4, LDH 420, amyl 80, Rx de abdomen con presencia de dilatación de asas de intestino delgado proximal así como niveles hidroáreos. **Resultados:** Se realiza laparotomía exploradora encontrando dilatación de asas intestinales desde 1 mt distal al ligamento de treitz donde distalmente existía segmento de 50 cm de yeyuno dilatado de contenido sólido de aspecto violáceo, que limitó la tacto del segmento, se realiza resección intestinal con márgenes de 2 cm y anastomosis término-terminal, el reporte de anatomía patológica fue segmento de yeyuno de 45 x 10 x 7 cm con áreas hiperémicas y congestivas violáceas, al corte con 4 lesiones polipoideas 3 x 3 x 1.5 cm ocupantes de la totalidad de la luz, con diagnóstico de pólipos hamartomatosos con inflamación moderada y áreas de necrosis isquémica de mucosa, se mantiene en ayuno por 6 días y progresión posterior de la dieta y egreso en condiciones satisfactorias. **Conclusiones:** El presente es un caso de presentación tardía de oclusión intestinal alta asociada a poliposis familiar, el fenotipo es clásico de la enfermedad, se manejo en el internamiento protocolo de estudio genético y re establecimiento del individuo a su vida convencional de manera satisfactoria, se requieren más estudios en nuestro ambiente para establecer patrones de incidencia y evolución en procedimientos resectivos del tubo digestivo.

241

BEZOAR EN PACIENTE POSTOPERADO DE PUESTOW

Luis Montiel Hinojosa, Romero TH, Barreto AJC, Chan NLC. Servicio de Cirugía General, Instituto Nacional de Nutrición SSA, México D.F.

Introducción: La oclusión intestinal es un padecimiento que cuenta con múltiples causas, se dividen tanto intrínsecas como extrínsecas y existen condiciones que la predisponen, de las más frecuentes son adherencias ocupando cerca del 80%, el 30% de éstas ocurren dentro del primer año. En abdomenes vírgenes existen causas intrínsecas y extrínsecas. De las más frecuentes se encuentran hernias, neoplasias ya sea primarias o metastásicas, fibrosis por radiación, enfermedad de Crohn e intususcepción. Los bezoares son concentraciones de materia no digerible en estómago variando su composición, siendo desde cabello, fibras vegetales hasta conglomerado de *Candida albicans*. **Reporte del caso:** Masculino de la cuarta década de la vida con historia de alcoholismo intenso e ingesta de alto contenido de fibra. Cuenta con historia de colecistectomía en 1997, cuadros de pancreatitis aguda en 1998 y 1999. Datos de pancreatitis crónica y presencia de pseudoquistes en 1999, en ese mismo año se realiza procedimiento de Puestow. En el 2006 presentó 2 episodios de oclusión intestinal que resolvieron de manera conservadora. Su padecimiento actual inició dolor abdominal epigástrico, intermitente (intervalos 5-10 min), 7/10, asociado a náusea y vómito (4 ocasiones, gastrobiliario), obstrucción y distensión abdominal. En su abordaje diagnóstico se encontró con leucocitosis y neutrofilia, acidosis metabólica compensada, sin datos fracos de irritación peritoneal. Los estudios de imagen con datos de oclusión intestinal completa con zona de transición por lo que se sometió a laparotomía exploradora encontrando obstrucción total a nivel de la «Y de Roux» por un phytobezoar. **Conclusiones:** Existen diversas causas de oclusión intestinal, intrínsecas y extrínsecas. De las más frecuentes son las ya mencionadas a adherencias postciru-

gía. El bezoar si bien es causa de obstrucción del tracto digestivo, es reconocido a nivel gástrico, no a nivel de intestino delgado como causa frecuente, en nuestro paciente por los antecedentes quirúrgicos y la ingesta alta en fibra condicionó la obstrucción a nivel de la entero-entero anastomosis término-lateral por lo que se realizó resección y reanatomosis. Existe una revisión de las complicaciones asociadas a procedimiento de Whipple y Puestow, en este último de un total de 48 procedimientos existió 2 cuadros de oclusión intestinal pero no a causa de un bezoar.

242

Alternativas de manejo en isquemia mesentérica aguda y crónica. cuando el tratamiento endovascular no es una opción
Sofía Carolina Rubio Calva, Montiel HL, Ortiz LL, De la Garza L, Hinojosa CA. Servicio de Cirugía Vascular, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán SSA, Mexico D.F.

Introducción: La isquemia mesentérica consiste en una disminución del flujo intestinal a través de sus vasos principales. La isquemia mesentérica aguda (IMA) es una urgencia vascular que requiere de un diagnóstico e intervención quirúrgica oportuna para restaurar el flujo mesentérico y prevenir la necrosis intestinal. La isquemia mesentérica crónica (IMC) abarca el 5% de las isquemias intestinales y cuando se presenta como infarto intestinal masivo la morbilidad y mortalidad son muy elevadas. **Objetivos:** Describir alternativas de tratamiento quirúrgico para isquemia mesentérica aguda y crónica. **Reporte del caso:** Caso Clínico 1: Mujer de 44 años con los antecedentes de importancia para el caso: DM tipo 2, enfermedad ácido-péptica, policondritis recidivante. En Septiembre 2006 presentó epigastralgia de 2 meses de evolución y se diagnosticó como una exacerbación de enfermedad ácido-péptica. Dos meses después acude a urgencias, con abdomen agudo y los estudios paraclínicos mostraron leucocitosis, y una Tomografía Axial Computarizada Simple (TAC) de abdomen y pelvis: neumatosis intestinal a nivel ileal, engrosamiento de la pared del colon derecho y aire en vasos portales. Se realizó una laparotomía exploradora con resección (100 cm) e ileostomía terminal más fistula mucosa. Nueve meses después acude a urgencias con un síndrome doloroso abdominal localizado en flanco izquierdo y los estudios paraclínicos mostraron un desequilibrio hidroelectrolítico, alcalosis respiratoria y una TAC contrastada mostró oclusión de la arteria mesentérica superior e inferior y estenosis > 70% en el tronco celiaco. El problema no se pudo resolver por vía endovascular por lo que se realizó una derivación aorto-celiaco mesentérica anterógrada por abordaje toracoabdominal. Caso Clínico 2: Masculino de 83 años con los antecedentes de importancia para el caso: edad avanzada, aterosclerosis, arritmias miocárdicas, enfermedad valvular, historia de cuadros repetidos de pancreatitis (etiología etílica y secundaria a CPRE). Alcoholismo positivo, tabaquismo positivo con índice tabáquico de 16. En Marzo de 2008, después de consumir alcohol en forma continua por 5 días, acudió a urgencias, con síndrome doloroso abdominal localizado en epigastro después de la ingesta de alimentos tipo urente acompañado de náusea y vómito gastrobiliario, con hematoquezia. Los estudios paraclínicos mostraron leucocitosis con neutrofilia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, DHL y lactato elevados con enzimas pancreáticas normales. Debido a la progresión de los síntomas de ingreso se realizó una Angiotomografía (ANGIOTAC) y mostró un trombo que ocuye la arteria mesentérica superior a 3 cm de su emergencia y se extiende por 10 cm. Se realizó una embolectomía selectiva de arteria mesentérica y la primera colateral troncal del yeyuno. Se realizó «second look» donde se confirmó arteria mesentérica permeable, sin embargo requirió resección segmentaria en yeyuno e íleon la cual fue considerablemente menor comparada con una afectación de casi el 80% de intestino delgado que se observó en la cirugía de la embolectomía. **Conclusiones:** El tratamiento endovascular para isquemia mesentérica es una alternativa efectiva para restaurar la circulación intestinal. Sin embargo cuando ésta falla se presenta un reto mayor para asegurar una revascularización a largo plazo. Por lo cual es importante individualizar cada caso. Pacientes con mayor expectativa de vida, derivaciones anterógradas, que han demostrado una patencia mayor, deben considerarse la primera elección para asegurar perfusión intestinal. Pacientes con riesgo quirúrgico elevado, se deben considerar opciones rápidas y efectivas para asegurar la perfusión intestinal.

243

LESIÓN DE DIEULAFOY, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN HEMORRAGIA DIGESTIVA

Sandra Olivares Cruz, Zamario FS, García MA, Casillas CA, Díaz TJ, Licona HJ, Murrieta GH, Martín BG, Benítez OF, Espinosa MO, Ramírez VE. Servicio de Cirugía, CEMEV SSA, Xalapa Veracruz

Introducción: La lesión de Dieulafoy fue descrita por Gallard en 1884 y posteriormente por Dieulafoy en 1898, denominándola exulceración simple, creyendo que se trataba de un estadio inicial de ulceración gástrica.

Es una causa poco común de hemorragia digestiva masiva, consiste en una arteria de calibre anormal que típicamente protruye a través de un defecto en la mucosa de 2 – 5 mm, la cual se encuentra con más frecuencia en el estómago, pero puede presentarse a cualquier nivel del tracto digestivo, es más frecuente en varones presentándose entre los 50 y 70 años con una edad media de 60, la teoría más aceptada para explicar el sangrado es que ocurre una erosión en la mucosa superficial y que la pulsación a través de la submucosa altera el epitelio causando isquemia localizada desencadenando la ruptura; la presentación clínica característica es la aparición súbita de hemorragia masiva y recurrente asociada al mismo tiempo con melena, hematomezia, hipotensión e inestabilidad hemodinámica y acompañada de dolor súbito; la lesión de Dieulafoy es difícil de diagnosticar especialmente cuando se presenta con una hemorragia masiva, se identifica por endoscopia en más del 80% de los casos, se inicia con una endoscopia alta pero al descartarse una lesión proximal debe realizarse una colonoscopia, otras alternativas diagnósticas son la angiografía y la gammagrafía; el tratamiento quirúrgico es el único manejo efectivo, si la lesión se identifica por endoscopia es posible que se pueda realizar hemostasia usando inyección de adrenalina, agentes esclerosantes, electrocoagulación, fotoagulación con laser, hemoclip, bandas elásticas y una combinación de los anteriores. **Reporte del caso:** Femenina de 20 años, sin antecedentes heredo-familiares de importancia, refiere estreñimiento crónico y enfermedad ácido-péptica desde los 16 años con tratamiento sintomático, inicia su padecimiento actual con inquietud, malestar general, vértigo, astenia, adinamia y lipotimia en 2 ocasiones, 2 evacuaciones rojo brillante, en moderada cantidad, tratada en otra unidad hospitalaria donde se transfundió sin mejoría. A su ingreso T/A: 70/30, FC: 150X', diaforética, pálida, obnubilada, deshidratada, abdomen blando, deprimible no doloroso, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis ligeramente aumentada, sin masas, timpánico, tacto rectal con sangre fresca, sin tumor palpable, con tono normal del esfínter, se transfunden concentrados eritrocitarios, plasmas, soluciones cristaloides y coloides, manteniendo T/A: 110/59, FC: 130X', se realiza endoscopia alta sin encontrar sitio de sangrado por lo que se realiza colonoscopia con abundante sangre fresca y coágulos sin encontrar el sitio de lesión, con hemoglobina 2.2 y hematocrito de 7.1, continúa con choque hipovolémico refractario al tratamiento, se recomienda gammagrafía o arteriografía pero por no contar con ellos se decide realizar laparotomía con endoscopia transoperatoria, en el transoperatorio se encuentra lesión de aspecto nodular, quística de superficie congestiva, a 180 cm del ángulo de treitz, con abundantes restos hemáticos intraluminal, pasa a terapia intensiva y se le transfunden 9 concentrados eritrocitarios y 2 plasmas, es extubada con éxito, consciente, orientada, se mantiene en ayunas por 5 días con sonda nasogástrica, se egrera de la terapia intensiva 2 días después, al quinto día de inicia la dieta toleránda adecuadamente, y al sexto día de postoperatoria se egrera. Reporte de patología: anomalía vascular arterial de yeyuno de tipo Dieulafoy. **Conclusiones:** Es importante reconocer la lesión de Dieulafoy ya que pocas veces se reconoce como una causa de sangrado de tubo digestivo; sus diferentes sitios de localización ya que nos pueden estar ocasionando sangrado que debemos atender inmediatamente, además debemos complementar el tratamiento quirúrgico con enteroscopia transoperatoria, para identificar el sitio exacto del sangrado.

244

ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO DE LA ANGIODISPLASIA A NIVEL DE YEYUNO PROXIMAL. EXPERIENCIA DE UN CASO

Roberto Julio Fernández Del Valle, Álvarez LS, García GMA, Rodríguez PL. Servicio de Cirugía General, Hospital Ángeles Mocel, México D.F.

Introducción: Las angiodisplasias es la anormalidad más común del trato gastrointestinal y es probablemente la causa más frecuente de hemorragia digestiva baja recurrente después de los 60 años hasta en un 6%, y del 1.2 al 8% de los casos de hemorragia de tubo digestivo alto. Se presentan por igual en ambos sexos, su incidencia es desconocida. Es una entidad clínica y anatomo-patológica caracterizada por la acumulación ectásica focal que lleva a la dilatación de venas en la mucosa y submucosa. Generalmente son asintomáticos en el 90%, cuando se presenta sintomatología, se presenta como una hemorragia macroscópica de tubo digestivo, sangre oculta en heces y anemia crónica. El diagnóstico se realiza por enteroscopia o por angiografía. El tratamiento definitivo en caso de hemorragia recurrente es la extirpación del segmento afectado. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 64 años de edad la cual cuenta con el antecedente de gastritis crónica de 6 años de evolución tratada con omeprazol 40 mg cada 24 hrs. Inicia su sintomatología 7 días previos a su ingreso con presencia de dolor abdominal tipo cólico, de intensidad 4/10 a nivel de epigastrio, sin irradiaciones, el cual aumentaba con la ingestión de alimentos, acompañándose de evacuaciones semilíquidas, de color negro en número de 7 en 24 horas. A la exploración se encuentran signos vitales de TA 90/60, FC 98, FR 18. Paciente consciente, inquieta, con palidez de tegumentos ++. Abdomen distendido, blando,

depresible, con dolor a la palpación media y profunda a nivel de hipogastrio e epigastrio, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente. Se toman laboratorios los cuales reportan Hb 5.8 g/dl, Hto 17.6%, leucocitos 5,300, bandas 0%. Se solicita una endoscopia la cual reporta: Pan-gastropatía aguda de predominio en fundus gástrico, gastropatía crónica antral sin evidencia de hemorragia digestiva alta activa. Se continúa protocolo de estudio solicitándose colonoscopia la cual reporta enfermedad diverticular de sigmoides no complicada sin evidencia de hemorragia digestiva. Debido a que no se encuentra sitio de sangrado se solicita una angiografía el cual se encuentran malformaciones tipo angiodisplasia y fistula arteriovenosa a nivel de yeyuno proximal. Con base a los hallazgos clínicos y de gabinete se programa para laparotomía exploradora, en dicho procedimiento se localiza la cuarta rama de la arteria mesentérica superior, se clamaea, se observa segmento intestinal con cambios de coloración, se realiza resección intestinal a 90 cm del ligamento de Treitz, posteriormente se hace entero-entero anastomosis latero-lateral con enrapadora. En el resultado de patología reporta submucosa con vasos congestivos, con vasos venosos y arteriales dilatados, datos compatibles con angiodisplasia. Paciente que evoluciona favorablemente, se inicia vía oral al cuarto día y al séptimo día se va de alta. **Conclusiones:** Se estima que sólo el 3 al 5% de los pacientes con hemorragia digestiva ha sido el sitio ubicado entre la segunda porción del duodeno y la válvula ileocecal. Sólo el 16% de las lesiones en el intestino delgado son múltiples. Las angiodisplasias son originadas por un proceso degenerativo inespecífico, por una dilatación progresiva de las vénulas de la pared intestinal, con ruptura de los capilares y formación de corto-circuitos arterio-venosos pequeños. La arteriografía nos ayuda a determinar el sitio y la naturaleza de las lesiones durante una hemorragia activa y además puede identificar algunas lesiones vasculares, cuando la hemorragia ha cesado. El otro método que puede utilizarse para valorar las angiodisplasias del intestino delgado, es la enteroscopia de empuje intraoperatoria la cual reporta 40% de efectividad. En esta paciente la angiografía nos ayudó a detectar el sitio de sangrado, con la cual se pudo identificar la rama de la arteria mesentérica superior afectada, realizándose una resección específica del sitio de la malformación. La mortalidad global es de aproximadamente 20%.

245

SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO BAJO, SECUNDARIA A INGESTA DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS POSTERIOR A AUTOMEDICACIÓN

Hugo Castillejos Varela. Servicio de Cirugía General, Hospital CMN La Raza IMSS, Mexico D.F.

Introducción: La prevalencia de complicaciones por AINES varía ampliamente de acuerdo a la población estudiada, pero se estima que al menos 10 al 20% de los pacientes presentan dispepsia mientras toman AINES; en algunos casos este porcentaje puede llegar hasta el 50%. De 5 a 155 de los pacientes con artritis reumatoide que ingieren aines, durante seis meses los suspenden por dispepsia. La mortalidad entre los pacientes que son hospitalizados por sangrado gastrointestinal inducido por aines regularmente, 103,000 son hospitalizados anualmente con un costo de 15,000 a 20,000 dólares por cada hospitalización. Los costos indirectos exceden los dos billones de dólares. Cada año ocurren en ese país 16,500 muertes relacionadas con el consumo de AINES en pacientes con artritis reumatoide y osteoartritis, cifra similar al número de muertes por VIH y mucho más alta que las que presentan por mieloma múltiple, asma y carcinoma de cervix, con el agravante que muchos médicos y pacientes desconocen la magnitud del problema y que las estadísticas no contemplan las muertes por automedicación. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 30 años de edad, sin antecedentes de importancia el cual inicia su padecimiento posterior a la automedicación de AINES, diclofenaco por 11 días, 4 tabletas cada 8 horas de 100 mg, cafaspirina de 500 mg sólo una tableta, paracetamol una cada 8 hrs durante los 11 días, metronidazol 500 mg una cada 12 horas por 3 días, ciprofloxacino 500 mg cada 12 hrs por 5 días, por un absceso en el segundo molar de hemiarcada inferior. Inicia 10 días después con evacuaciones de contenido hemático frescas 2 veces, ese día niega dolor o alguna otra molestia por lo que acude al servicio de urgencias al día siguiente presentado cuatro evacuaciones acompañadas de sangre fresca y abundante, solicitando estudios paraclinicos en donde se reporta hb de 11.8 y hct de 35.5, leucocitos 10,600, resto de los laboratorios normales por lo que se decide transfundir 1 PG e ingreso a piso de cirugía general iniciando manejo con transfusiones de PG y omeprazol, ayuno control de líquidos, tres días después presenta cuatro evacuaciones con sangre fresca abundante aproximadamente 800, 600, y 400 ml respectivamente, por lo que se programó para LAPE encontrándose los siguientes hallazgos: material hemático en ileon terminal y colon ascendente, se realizó enterotomía a 40 cm de VIC y a 10 cm distal al ángulo hepatocólico con sangrado activo en asa distal de ileon y asa proximal de colon y negativo en el asa contralateral, se decidió realizar meicolectomía derecha con resección de 40 cm de ileon terminal e ileo-

transverso lateral en 2 planos, desde la cirugía hasta la fecha no se presenta rectorragia. Laboratorios postoperatorios leucocitos 30,700 neutrófilos (93.4%) HB 10.5, HTC 30.8%, plaquetas de 150,000 recuperándose favorablemente. **Conclusiones:** La importancia del caso radica en tener presente la asociación de AINES con sangrado de tubo digestivo aun sin antecedentes y reconocer que el interrogatorio y la exploración física minuciosa en los pacientes con antecedentes de éstos, sigue siendo la pieza clave para un diagnóstico certero, así como evitar la automedicación.

MÓDULO: PÁNCREAS

246

INSULINOMA REPORTE DE 4 CASOS

Miguel A. Méndez Montenegro, Belmares TJA, Castro CPR. Servicio de Cirugía General, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto SSA, San Luis Potosí, S.L.P.

Introducción: El insulinoma es un tumor originado en las células B de los islotes pancreáticos. La producción excesiva de insulina genera síntomas que pueden ser por neuroglucopenia o por descarga adrenérgica, los cuales pueden ser leves o llevar al paciente a cuadros convulsivos, daño neurológico o hasta la muerte. **Objetivo:** Reportar 4 casos de insulinoma pancreático detectados y tratados en el Hospital central Dr. Ignacio Morones Prieto San Luis Potosí, S.L.P. **Material y métodos:** Se presentan cuatro casos clínicos de insulinoma pancreático detectados y tratados quirúrgicamente en el Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto en sus 62 años funcionamiento. **Resultados:** En los cuatro pacientes intervenidos quirúrgicamente se resolvió el problema endocrino de acuerdo a los criterios bioquímicos, dos de ellos que presentaban daño neurológico previo persistieron con modificaciones. En dos pacientes se realizó enucleación con desarrollo posterior en ambos casos de fistula pancreática resuelta con tratamiento conservador; en otros dos casos se realizó resección pancreática distal sin complicaciones. **Conclusiones:** El insulinoma pancreático responde adecuadamente a manejo quirúrgico, el cual deberá realizarse los más pronto posible al hacer su diagnóstico, si se prolonga el tiempo de tratamiento puede haber complicaciones neurológicas severas irreversibles.

247

INSULINOMA PANCREÁTICO REPORTE DE UN CASO

Erick Salado Ramírez, Martínez OC, Segovia MA, Romero PR, Silva MR, Jácome TR, Alarcón SO. Servicio de Cirugía, UMAEHECMNSXXI, IMSS, Jiutepec Morelos

Introducción: Los insulinomas representan el 60% de los tumores endocrinos pancreáticos con una incidencia anual de 1 por 1,000,000 de habitantes, la presentación habitual es en pacientes con una edad promedio de 45 años, sin diferencia entre géneros. Otros sitios de localización de insulinomas incluyen duodeno, hilio esplénico y ligamento gástrico. El 90% de estos tumores son menores de 2 cm, encapsulados, firmes e hipervasculares, la mayoría se presenta como lesiones únicas. Liberan proinsulina compuesta por péptido C e insulina, la cual no está sujeta a efectos de regulación endocrina, sus altos niveles de circulación producen hipoglucemia, con la consecuente liberación de catecolaminas y glucagón lo que se manifiesta por la triada de Whipple (síntomas de hipoglucemia, glucosa sérica). **Reporte del caso:** Femenino de 72 años de edad que inicia su padecimiento 2 años previos a su ingreso al referir síncope ocasionales sin manejo médico, posteriormente, 6 meses previos a su internamiento, al permanecer en ayuno previo a cirugía electiva, presenta hipoglucemia sintomática que revierte a la administración de glucosa por lo que es enviada a tercer nivel para estudio y tratamiento. A la exploración física paciente de edad aparente igual a la cronológica, consciente, orientada, bien hidratada, cuello cilíndrico con tráquea central, sin masas o adenomegalias, precordio rítmico sin agregados, adecuado murmullo vesicular pulmonar bilateral, abdomen globoso por panículo adiposo, peristalsis adecuada, se palpa blando, depresible, no doloroso, sin datos de irritación peritoneal o visceromegalias, hernia incisional sobre línea media la cual es reducible, extremidades eutérmicas, eutróficas, pulsos, sensibilidad y arcos de movilidad adecuados. Durante su internamiento se realiza prueba de ayuno suspendida a las 24 horas por glucemia de 39 mg/dl. Se realiza determinación de insulina y péptido C resultando elevados, posteriormente se solicita tomografía axial computada (TAC) abdominal con reporte de imagen hiperdensa de 17 x 12 mm en páncreas. Se somete a procedimiento quirúrgico realizando enucleación de insulinoma de 2 x 2 cm localizada en proceso uncinado de páncreas sin complicaciones, se envía a patología para estudio definitivo con reporte de tumor pancreático, insulinoma de páncreas (2 X 2 cm). **Conclusiones:** Debido a que la hipoglucemia en casos de insulinoma es de difícil control médico y puede causar daño neurológico es mandatorio un tratamiento quirúrgico.

co. Los estudios de imagen deben preceder a cualquier procedimiento quirúrgico, la TAC y la Resonancia Magnética son estudios de primera elección, con una sensibilidad de 10-80% para esta patología, sin embargo, el ultrasonido endoscópico presenta una sensibilidad de 77-93% y podría convertirse en la modalidad diagnóstica de elección. El tratamiento quirúrgico consiste en enucleación del tumor o en resección pancreática en casos de tumores múltiples, grandes o profundos.

248

INSULINOMA. REPORTE DE CASO

Rafael Romero Parra, Segovia MA, Salado RE, Del Ángel LI, Peña HF, Martínez C, González AJ, Rivas A, Jácome TR, Silva R, Díaz O. Servicio de Gastrocirugía CMNSXXI Especialidades IMSS, México D.F.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos pancreáticos se pueden presentar de forma aislada o estar ligados al síndrome de neoplasia endocrina múltiple, la presentación clínica de dichos tumores, se encuentra ligada al tipo celular dependiente. El insulinoma representa el 80% de los casos con una presentación clínica caracterizada por hipoglucemia, y su consecuente respuesta simpática de predominio nocturno, el diagnóstico clínico se realiza mediante la triada de Whipple, como auxiliar diagnóstico son de utilidad las determinaciones de péptido C, insulina basal, prueba de ayuno de 72 horas, TAC y resonancia magnética. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 65 años de edad con diagnóstico de tumoración en cabeza de páncreas, el cual fue sometido a enucleación del mismo. Sin antecedentes personales patológicos de relevancia. Inicia su padecimiento actual hace más de dos años con cuadro caracterizado por estado confusional, astenia, adinamia, sensación de hambre, diaforesis, pérdida del estado de alerta, acompañado de movimientos clónicos de hemicuerpo izquierdo, habiendo sido tratado como epilepsia con valproato sódico y difenilhidantoina. Hace un año documenta la presencia de cuadro de astenia y adinamia, sensación de hambre, determinándose cifras de glucosa de 13 mg/dl remitiendo a la ingesta de agua azucarada. Se refiere la presencia de cuadros repetitivos en 3 ó 4 ocasiones por semana con predominio en la madrugada. Es estudiado, a su ingreso con péptido C 11.6 ng/ml e insulina basal de 201.1 mui/ml, prueba de ayuno de 72 horas con mínimo de 26. Se realiza una TAC contrastada con cortes finos a nivel de páncreas, reportando lesión ocupante a nivel de cabeza de páncreas, redondeada, hiperdensa de 150 UH de 14 x 22 mm. Se realiza USG endoscópico con datos de imagen única que parece corresponder a tumor neuroendocrino de cabeza-cuello de páncreas, que no afecta a estructuras de vencidad. Se realiza procedimiento quirúrgico encontrando tumoración de 2.5 cm de diámetro en cabeza de páncreas, se realiza enucleación de la tumoración, sin lesión del conducto biliar y pancreático, siendo ingresado a terapia intensiva en su postoperatorio y egresado al tercer día, presenta hiperglucemia postquirúrgica de 365 y nivel de amilasa de 1,708, con fistula pancreática de bajo gasto, se trata con octreotide e insulina de acción rápida, cursa actualmente con buena evolución clínica, pero con manejo de cifras altas de glucosa, de 120 a 140 mg/dl manejado con metformina. **Conclusiones:** El insulinoma es una patología benigna poco frecuente, cuyo cuadro clínico es característico. Al hacer el diagnóstico, el siguiente paso es la localización tumoral, paso confirmatorio con el empleo de TAC o resonancia magnética. Sin embargo existen casos en los cuales el tamaño tumoral es demasiado pequeño para su detección, en dichos casos la determinación de insulina y apoyado en angiografía y estudios de estimulación permiten un mapeo del aumento y liberación de insulina guiando a la estrategia quirúrgica. Los insulinomas son tumores en su mayoría menores de 2 cm, cuya enucleación resulta curativa; en el 20% de los casos, presentan criterios de malignidad (mayores de 2 cm, infiltración local, metástasis a distancia de predominio hepático) cuyo tratamiento amerita una resección más amplia.

249

GASTRINOMA. REPORTE DE UN CASO

Miguel Alejandro Miranda De León, Torres MR, Reyes MI, López ASA, Felipe RGM, Alcalá PJD, Moreno ADA. Servicio de Cirugía General, Hospital Dr. Norberto Treviño Zapata SSA, Ciudad Victoria, Tamaulipas

Introducción: Gastrinoma, o síndrome de Zollinger-Ellison, en honor a quienes lo describieron desde 1955, tumor neuroendocrino que secreta gastrina. Tiene una prevalencia de 1 en 2.5 millones de personas, puede presentarse desde la infancia, hasta la vejez con ligero predominio en los hombres. Los síntomas de presentación más comunes son: el dolor abdominal en (70 al 100%), la diarrea (37 a 73%) y el reflujo gástrico (30 a 55%), el diagnóstico de gastrinoma requiere la demostración de una hipergastrinemia en ayunas, por arriba de los 1,000 microgramos, y de una mayor secreción de ácido gástrico basal, pH menor de 2, lo que ocurre en 40 a 60% de los pacientes con gastrinoma, los inhibidores de la bomba de protones son los medicamentos pre-

ferentes. La curación quirúrgica se puede lograr en 30 a 60% de todos los casos sin NEM 1 o Mets hepáticas (40% de todos los pacientes). **Reporte del caso:** Femenino de 42 años, originaria de Abasolo, Tamaulipas, con antecedente de colecistectomía laparoscópica en abril 2007, multitratada para enfermedad ácido-péptica sin éxito, refiere iniciar hace 4 años con dolor en epigastrio tipo ardoroso, que se irradia ocasionalmente a hipocondrio derecho y espalda, acompañado de náuseas y vómito, paulatinamente persisten los vómitos y el dolor va en aumento, presentándose postprandial inmediato, provocando intolerancia alimentaria acompañándose de evacuaciones diarreicas aparentemente estearorreicas, tratada durante más de 3 años como enfermedad ácido-péptica con Bloqueadores H2, hasta abril que se realiza colecistectomía laparoscópica, sin complicaciones, sin embargo, continúa con dolor de las mismas características, presentando pérdida de peso de más de 10 kg desde inicio de los síntomas, presenta Sangrado de tubo digestivo alto, en una ocasión, por lo que se realiza endoscopia superior reportando esofagitis severa, gastritis severa y nódulo duodenal de 3 mm. Con toma de biopsia, se aumentan dosis inhibidores de bomba, sin mejoría plena, se realiza ecografía de abdomen superior la cual reporta masa homogénea de 1.95 x 2.24 cm en cabeza de páncreas, así como TAC Abdominal corroborando imagen, se realiza prueba sérica de gastrina, suspendiendo inhibidores de bomba 15 días previos, a toma de muestra, con niveles de 17,251 microgramos, se establece diagnóstico de gastrinoma, se plantea tratamiento quirúrgico, realizando enucleación de tumoración pancreática, con hallazgos de 3 Mets hepáticas, sin complicaciones, durante el postoperatorio presenta mejoría importante del dolor, el reporte de patología refiere tumor carcinoide del páncreas, no contando con pruebas de inmunohistoquímica, hasta el momento, actualmente la paciente sin sintomatología, tolerando vía oral, con ganancia de ponderal, se egrera con dosis bajas de inhibidores de bomba. **Conclusiones:** Descrito hace 58 años, el gastrinoma tumor neuroendocrino secretor de gastrina con una prevalencia baja en los reportes mundiales, con sintomatología típica de enfermedad ácido-péptica, pero resistente a tratamiento médico, es un tumor poco frecuente, que debe ser altamente sospechado en pacientes, tratados con dosis altas de inhibidores de bomba de protones, rebeldes a tratamiento médico, concluimos que se debe profundizar en los estudios diagnósticos en pacientes con estas características clínicas, para lograr diagnósticos tempranos y oportunos.

250

QUISTE VERDADERO DE PÁNCREAS. REPORTE DE UN CASO

Yerine Paola Fabián Ojeda, Llma MR, Rodríguez AS, Heredia MM. Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Puebla, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla

Introducción: Los tumores quísticos del páncreas, corresponden al 10 a 15% de los quistes y al 1% de los tumores pancreáticos. Un 30% de los pacientes son asintomático al momento del diagnóstico. Por la alternativa de malignidad el tratamiento de la mayoría de ellos es quirúrgico. Sin embargo, existe controversia en torno a la indicación y al momento de la cirugía en algunos casos, en los que se prefiere la observación, con estudio de imágenes, como conducta inicial. A continuación se presenta un caso. **Reporte del caso:** Mujer de 22 años de edad con carga genética para diabetes mellitus tipo 2, en rama directa. Un tío materno fallecido por hepatocarcinoma. Originaria y residente de Puebla, con antecedentes de tabaquismo desde los 15 años a razón de 5 cigarrillos al día. Alcoholismo desde los 17 años cada semana sin llegar a la embriaguez. Alérgica a las sulfas. Resto negados. Inicia con dolor abdominal de 4 días de evolución en epigastrio de inicio súbito, urente, transitorio a la región lumbar con intensidad 6 de 10, acompañado de náuseas y vómito de contenido gastroalimentario en 3 ocasiones, evacuaciones disminuidas en consistencia en dos ocasiones de color café, no fétidas, sin moco. Sin fenómenos que lo exacerben o disminuyan. Refiere cuadros previos de las mismas características. Saciedad precoz y pérdida de peso de aproximadamente 6 kg de 3 meses de evolución, cede sintomatología con inhibidores de la bomba de protones y analgésico no esteroideo. En esta ocasión no obtiene mejoría por lo cual acude a nuestra unidad para su atención. A la exploración física con tumor palpable en mesogastrio de bordes regulares de aproximadamente 10 cm de consistencia dura adherida a planos profundos, no pulsátil, resto de exploración normal. Se inicia protocolo de estudio dentro del cual la TAC muestra una imagen localizada en la cabeza del páncreas de 8 cm. Y con el antecedente de alcoholismo, se sometió a laparotomía exploradora con el diagnóstico probable de pseudoquiste pancreático obteniéndose los hallazgos de tumor pancreático dependiente de cuerpo y cola de aproximadamente 10 cm, quístico, con bordes necróticos comprime colon transverso, arteria y vena esplénicas, se realiza laparotomía exploradora más pancreatectomía parcial y esplenectomía. El reporte de patología: quiste solitario de páncreas unilocular. La evolución en el postoperatorio inmediato fue adecuada, se inició la vía oral a las 24 hrs, se egrera 72 hrs después, con evacuaciones

de características normales, afebril, tolerando la vía oral. Una semana después en la consulta externa se retiran puntos con herida sin complicaciones. **Conclusiones:** Las lesiones quísticas del páncreas pueden corresponder a distintas entidades anatopatológicas. Generalmente las lesiones benignas del páncreas corresponden a pseudoquistes pancreáticos, que son consecuencia de una pancreatitis o de un traumatismo y corresponden al 70% de los casos. Sólo un 15% corresponden a tumores quísticos y en un menor porcentaje a quistes congénitos, de retención o parasitarios. La diferenciación entre un seudoquiste y un tumor quístico a veces es difícil, de ahí la importancia de hacer una anamnesis y exploración física, métodos importantes para el diagnóstico. Los tumores quísticos son un grupo heterogéneo de lesiones pancreáticas, que difieren en su presentación clínica y en su morfología. El tratamiento generalmente es quirúrgico. Se presentan alrededor de los 50 años y afectan en la mayoría de los casos a las mujeres,

251

CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO DE PÁNCREAS: REPORTE DE UN CASO

Jorge Armando Castillo González. Servicio de Cirugía General, HGZ 6 IMSS, Monterrey Nuevo León

Introducción: Los tumores quísticos de páncreas representan el 1% de las neoplasias de páncreas y el 10% de las lesiones quísticas de páncreas. Las manifestaciones clínicas de las neoplasias quísticas, depende de la localización en cabeza o cuerpo y cola de páncreas. El dolor abdominal es el principal síntoma referido por los pacientes en un 60 a 70%, seguido de una masa palpable, el desarrollo de pancreatitis aguda en algunas ocasiones puede ocurrir, en menor frecuencia se presenta ictericia y pérdida de peso. El diagnóstico se establece mediante estudios de imagen de alta resolución como TAC de abdomen y RMN, dentro de las características imangenológicas incluye los septos del quiste, los micro y macroquistes y las calcificaciones de la periferia. Dentro de la clasificación histopatológica establecida en el 2000 establecida por WHO international classification of tumors se subdivide en neoplasia quística serosa, en neoplasia quística mucinosa y la neoplasia intraductal papilar musinosa.

Reporte del caso: Femenino de 43 años, antecedentes: Malformación arteriovenosa cerebral operada hace 7 años, con secuelas de hemiparesia derecha y bradilitia. Refiere iniciar su padecimiento hace 2 años con presencia de tumoración abdominal, dolor localizado en epigastrio, se le realiza estudios de TAC de abdomen con imagen sugestiva de pseudoquiste es operado de derivación interna cistoyeyuno en Y de Roux, su evolución no es satisfactoria, hace 6 meses presenta tumoración abdominal continua con el dolor, y se presenta fiebre vespertina no cuantificada, es operada de drenaje externo de absceso pancreático en forma particular. Acude por presentar la misma sintomatología, se realiza nuevo TAC de abdomen con presencia de tumoración quística trabeculada localizado en cuerpo y cabeza de páncreas, presenta la imagen tomográfica previo al drenaje de absceso pancreático, se somete a laparotomía exploratoria, se encuentra tumoración aproximadamente de 25 x 20 con paredes propias fibróticas vascularizado, se toma biopsia transoperatorio con reporte de quiste pancreático de aspecto mucinoso, con aspecto papilar, se realiza tumorectomía, esplenectomía por presentar ganglios hilares y estar tomado, y pancreatectomía distal. El reporte histopatológico definitivo cistoadenocarcinoma mucinoso, el paciente evoluciona satisfactorio, no complicaciones postquirúrgicas y es manejada en servicio de oncología médica. **Conclusiones:** Las neoplasias quísticas mucinosas de páncreas representan el 20 a 30 de las neoplasias quísticas, que debe de hacer diferencia con neoplasia intraductal papilar mucinoso. Se presenta en un 90 en sexo femenino con mayor frecuencia en la 4 y 5 década de la vida, el DX se establece de forma incidental y por efecto de masa. La característica histopatológica es la presencia de epitelio columnar secretor de mucina, el quiste mucinoso es estadiificado de acuerdo el grado de displasia epitelial. El cistoadenocarcinoma se caracteriza por ser invasivo o *in situ*, el grado de malignidad está relacionado con multilocular, la presencia de proyecciones papilares y nódulos intramurales. El tratamiento es quirúrgico de acuerdo su localización en cuerpo y cola, se realiza pancreatectomía distal y cuando es localizado en cabeza se realiza pancreatectomía con preservación pilórica.

252

CISTOADENOCARCINOMA MACROQUÍSTICO DE PÁNCREAS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Ana Lilia Hernández Peinado. Servicio de Cirugía General, Hospital de Especialidades CMN La Raza IMSS, México D.F.

Introducción: Los pseudoquistes pancreáticos representan la mayoría de las lesiones quísticas del páncreas, por lo tanto, realizar el diagnóstico

tico diferencial con las neoplasias quísticas del páncreas, que corresponden a menos del 10% es bastante difícil, pero se tiene que descartar siempre una neoplasia ante cualquier lesión pancreática de contenido líquido. Existe una variedad de neoplasias quísticas que incluyen serosas benignas, mucinosas benignas y malignas y formas benignas y malignas de neoplasias papilares mucinosas intraductales. La presencia de un componente sólido en una lesión quística y la ausencia de un historial clínico de pancreatitis, son factores que influyen en la sospecha de presencia de una neoplasia, por lo que es necesario tomar una biopsia de los supuestos pseudoquistes durante el drenaje interno para confirmar la ausencia de una afección maligna. Los tumores quísticos no se presentan de alguna forma característica, el cuadro clínico puede sugerir cualquier otra entidad, las neoplasias quísticas con nodularidad irregular de la pared del quiste, contenido de líquido viscoso bajo en amilasa o alto en ACE implican mayor sospecha de afección maligna. Es el ejemplo de nuestro caso, en quien por gabinete se sospechó pseudoquiste de páncreas, pero en el transoperatorio y por patología se reporta una entidad maligna, muy compatible con cistoadenocarcinoma. **Reporte del caso:** Femenino de 73 años, antecedente de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial Sistémica en control, alérgica a sulfas, G6 P5 A1, quien inicia su padecimiento 6 meses antes de la cirugía con dolor epigástrico de moderado a severo, con cuadros de agudización y remisión, pérdida ponderal 12 kg, acude a facultativo quien maneja con analgésicos e IBS, sin mejoría, posteriormente se le detecta tumor a nivel de epigastrio, pétreo, doloroso, fijo a planos profundos, 5 cm aproximadamente. Gluc 124, Creat 0.7, BT 0.6, TGO 29, TGP 29, leucocitos 6.1, Hb 13, Pts 216, TP 13.1, TPT 27. Se le solicita USG que reporta páncreas con imagen redonda de pared delgada anecoica de 47 x 38 x 33 mm, vol 29 cc en cuerpo, resto de páncreas de 20 x 12 cm homogéneo, compatible con Quiste en cuerpo de páncreas. Se le solicita TAC la cual reporta: Páncreas con aumento difuso de tamaño, homogéneo. Imagen ovoide bien definida con densidad líquida 3 UH, homogénea, dependiente del cuerpo de páncreas, de 4 cm de diámetro, pb pseudoquiste, así como aumento de la densidad de la grasa peripancreática, quiste en cuerpo de páncreas sin poder descartar proceso neoplásico. Se programa para cistogastroanastomosis por dx de probable pseudoquiste pancreático. Hallazgos: Lesión quística en cuerpo de páncreas de aproximadamente 8 x 7 cm, pared de consistencia aumentada con nodularidades e irregularidades de pared, pétreas, blanco nacaradas, con contenido líquido viscoso, transparente, sin tabicaciones, la cabeza y la cola pancreáticas de características normales. Presencia de ganglios peripancreáticos. Se realiza toma de biopsias las cuales reportan: Biopsia por aspiración de quiste (líquido): Abundante material hemático y elementos de tipo inflamatorio agudo (leucocitos PMN e histiocitos espumosos). Biopsia de páncreas: Grupos de células epiteliales que muestran formación de papilas con atipia y pleomorfismo sobre un fondo proteináceo, sugestivas de malignidad, así como escasos elementos de tipo inflamatorio. Con estos resultados es enviada a oncología de tercer nivel para manejo definitivo. **Conclusiones:** Las neoplasias quísticas del páncreas son raras, macroscópicamente se dividen en 2 grupos: Adenoma microquístico: tumor seroso que afecta población anciana, su diámetro varía entre 1 y 12 cm, es múltiple, benigno y sin potencial de malignización. Y el adenoma macroquístico o cistoadenoma se presenta en población entre 40 y 60 años, predominio en mujeres 4:1 y se presenta en cuerpo y cola de páncreas, en su interior contiene moco y su recubrimiento está constituido por epitelio liso con proyecciones papilares. El cistoadenocarcinoma invariablemente se presenta como un foco de malignidad en un cistoadenoma mucinoso existente, en 25% de los casos presenta metástasis y la extirpación completa permite una supervivencia de 70% a 5 años. Existe una gran dificultad clínica, paraclínica y macroscópicamente para diferenciar un tumor quístico de páncreas de características benignas y malignas, por lo que se recomienda el manejo quirúrgico definitivo basado en el diagnóstico histopatológico.

253

CISTADENOMA GIGANTE DEL PÁNCREAS: REPORTE DE UN CASO
Erick Salado Ramírez, Silva MR, Martínez OC, González AJ, Delgadillo OL, Romero HT, Sincio NG, Mora MM, Segovia MA, Romero PR, Ramírez LR. Servicio de Cirugía, UMAEHECMNSXXI IMSS, Jiutepec Morelos

Introducción: Los cistadenomas pancreáticos son tumores que se clasifican dentro del grupo de las lesiones quísticas del páncreas, representan el 10% de todas las neoplasias de este órgano y se clasifican en dos variedades principales: el tipo seroso que es considerada una lesión benigna y el tipo mucinoso considerado premaligno, ya que maligniza hasta en un 80% de los casos. La mayoría son asintomáticos y la presencia de síntomas puede asociarse con mal pronóstico. **Reporte del caso:** Femenino de 31 años de edad que inicia su padecimiento 3 meses previos con aumento de volumen en flanco izquierdo acompañado de dolor punzante de moderada intensidad, náusea sin llegar al vómito, diarrea y disuria. A la exploración física se encuentra con abdo-

men globoso por panículo adiposo y tumor palpable de consistencia firme, mate a la percusión, fijo, no doloroso, por debajo de reborde costal izquierdo que se extiende desde línea media hasta línea axilar anterior abarcando mesogástrico y flanco izquierdo. Se solicita ultrasonido abdominal con reporte de lesión ocupante de hemiabdomen izquierdo, de composición quística, septada, de 16.3 x 19 cm probablemente dependiente del cuerpo y cola del páncreas (pseudoquiste); sin descartar otra etiología. Posteriormente se realiza Tomografía Axial Computada (TAC) de abdomen con reporte de probable tumor de riñón izquierdo de origen a determinar. Se decide realizar laparotomía exploradora encontrando lesión quística que involucra cuerpo y cola de páncreas así como el hilio esplénico. Motivo por el que se realiza pancreatectomía distal y esplenectomía sin complicaciones, se envía pieza quirúrgica a estudio definitivo con reporte de tumor pancreático, cistadenoma seroso de páncreas (24 X 21 cm), bazo con congestión periférica crónica, citología del contenido del quiste material proteináceo y macrófagos espumosos. **Conclusiones:** A pesar de ser una patología poco común, se debe sospechar el diagnóstico de cistadenoma del páncreas en presencia de cuadros atípicos de dolor abdominal; los estudios de imagen son de gran valía en el diagnóstico, el primer estudio que comúnmente se solicita es un ultrasonido abdominal en donde se aprecian lesiones quísticas de paredes bien definidas. El estudio a seguir es la imagen por TAC, en la que suelen aparecer como lesiones quísticas de contenido con densidad cercana a la del agua con pared bien definida uniloculados o septados. El tratamiento quirúrgico debe enfocarse a la resección del tumor en toda su extensión, en el caso de que se encuentre en el cuerpo o la cola del páncreas se prefiere la pancreatectomía distal con preservación de bazo cuando es posible y en tumores en cabeza de páncreas el procedimiento de elección es el procedimiento de Whipple.

254

NESIDIOLASTOSIS EN EL PACIENTE ADULTO: REPORTE DE 6 CASOS

Jorge Armando Castillo González, Aguilar MI. Servicio de Cirugía General, HE No. 25 IMSS, Monterrey Nuevo León

Introducción: La nesidioblastosis se caracteriza por la presencia de hiperinsulinismo e hipoglucemia, es una enfermedad extremadamente rara, en el adulto representa el 0.5 al 7%. Se han reportado en la literatura 36 casos de nesidioblastosis en el adulto. Se ha asociado a trastornos genéticos autosómicos recesivos con mutación de los genes SUR 1 y el gen KIR 6.2. El diagnóstico diferencial es con insulíoma. El tratamiento consiste en una pancreatectomía subtotal aprox, del 80% de tejido pancreático. **Reporte del caso:** Una revisión de 20 años de pacientes operados en UMAE 25, con reporte histopatológico de nesidioblastosis en el adulto fueron 6 pacientes, de los cuales son 3 hombres y 3 mujeres, el menor fue de 18 años y el mayor de 53 años, los principales síntomas que registraron, fueron: cefalea, sudoración, síntope, hiporexia, taquicardia, crisis convulsivas y coma hipoglucémico. El protocolo de estudio de estos pacientes es hacer diagnóstico diferencial con insulíoma que es la primera causa de este síndrome, dentro de los estudios se realizaron prueba de supresión de glucosa. Los rangos en promedio de los 6 pacientes de glucosa 45.8 mg/dl con insulina de 69.13 mU/ml durante la prueba de supresión de glucosa. TAC y RMN en la cual no reportaron tumoración en los estudios. El tratamiento fue pancreatectomía distal de inicio en los 6 pacientes, de los cuales 4 continuaron con sintomatología, y requirieron completar la pancreatectomía total, el diagnóstico se estableció por pruebas de inmunohistoquímica con tinción de hematoxilina y eosina del complejo ducto insular. **Conclusiones:** La nesidioblastosis es una enfermedad que se presenta principalmente en el recién nacido, en el adulto es extremadamente raro, en los últimos 20 años se han presentado 6 casos en UMAE 25 del IMSS, Monterrey, Nuevo León, en el cual los pacientes presentan un síndrome de hiperinsulinismo con hipoglucemia, y el diagnóstico se establece por patología y el tratamiento consiste en una pancreatectomía distal.

225

PANCREATECTOMÍA DISTAL Y ESPLENECTOMÍA EN NEOPLASIA QUÍSTICA DEL CUERPO Y COLA DE PÁNCREAS

David Ángel Otamendi Galán, Cedano OM, Fletes ZA, Urcid FE, Gómez ME, Hernández TM, Otamendi GDA. Servicio de Cirugía General, Hospital Regional de Río Blanco SSA, Ixtaczoquitlán Veracruz

Introducción: Se estima que los quistes neoplásicos del páncreas constituyen por lo menos el 10% de los quistes pancreáticos. El adenocarcinoma ductal puede degenerarse y formar quistes o inducir a la formación de un seudoquiste por obstrucción ductal. Dentro de la valoración preoperatoria de un paciente que presenta una lesión quística del páncreas se realizan diversos estudios como USG, TAC, CPRE, y un examen citoquímico donde puede realizarse el diagnóstico diferencial entre una neoplasia quística y un pseudoquiste, con el fin de realizar el tratamiento opti-

mo para el paciente. **Reporte del caso:** Femenino de 38 años de edad que acude a la CE de nuestro hospital por presentar tumoración abdominal. Teniendo como antecedentes únicamente cesárea en dos ocasiones y Salpingooclásia, sin otra enfermedad concomitante, ni internamiento previo por pancreatitis aguda. Inicia su padecimiento hace 3 años, al presentar un aumento del perímetro abdominal, con sensación de plenitud postprandial, y náuseas de forma intermitente, niega pérdida de peso, niega dolor abdominal o alguna otra sintomatología. A la EF se encontró tumoración abdominal que comprendía epigastrio, hipocondrio izquierdo hasta mesogastrio y flanco izquierdo, de bordes redondos, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Se le realizó un USG con hallazgos compatibles a un pseudoquiste de páncreas. Posteriormente se toma una TAC de abdomen donde nuevamente se reporta pseudoquiste de páncreas. Sus exámenes de laboratorio con Biometría hemática, tiempos de coagulación, pruebas funcionales hepáticas, amilasa, química sanguínea, todos normales. Se decide realizar laparotomía exploradora y durante la misma realizar citológico y citoquímico del líquido del quiste para definir la conducta a seguir. Se encontró una tumoración quística en el cuerpo del páncreas, pero con ectasia del páncreas distal y de aspecto maligno, con adherencias múltiples de epíplón mayor y en cara posterior de estómago y colon transverso. El análisis citoquímico mostró una amilasa menor a la sérica y el citológico la presencia de células con alta probabilidad de malignidad. Realizándose entonces una escisión completa de la lesión con pancreatectomía distal, esplenectomía y omentectomía. Se mantuvo en hospitalización por 10 días con triple esquema de antibióticos, y desarrollando una fistula pancreática de bajo gasto, la cual ya se resolvió. El reporte de patología fue: Adenocarcinoma de conductos, infiltrante. Quiste pancreático, ganglios peripancreáticos con hiperplasia sinusoidal, epíplón mayor sin alteraciones histopatológicas,康gestión pasiva crónica de bazo. La paciente se encuentra en control por parte de oncología. **Conclusiones:** Las neoplasias quísticas del páncreas aunque son raras en nuestro medio y poco reportadas, deben de sospecharse en todo paciente que presente una tumoración abdominal quística dependiente de páncreas, que no tenga antecedente de pancreatitis aguda y que el examen citoquímico del quiste muestre el valor de la amilasa menor a la sérica.

256

TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DEL PÁNCREAS: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

José Francisco Camacho Aguilera, Romero MC, Salazar OG, Zavalza GJF, Hidalgo CJF. Servicio de Cirugía General, Hospital General de Tijuana SSA, Tijuana Baja California

Introducción: El tumor sólido pseudopapilar del páncreas es un tumor epitelial de baja malignidad que afecta principalmente a mujeres jóvenes. **Reporte del caso:** Se presenta el caso de un paciente femenino de 37 años de edad con los únicos síntomas de distensión abdominal y saciedad temprana. Es diagnosticada con un tumor sólido pseudopapilar del páncreas localizado en cuerpo del páncreas y tratada exitosamente con pancreatectomía distal y esplenectomía. **Conclusiones:** Se debe mantener un alto índice de sospecha clínica para el diagnóstico de los tumores sólidos pseudopapilares. La presencia de dolor o tumor palpable en hemiabdomen superior en pacientes jóvenes del sexo femenino, con el hallazgo de una lesión localizada en páncreas, heterogénea y bien delimitada sugiere la presencia de un tumor sólido pseudopapilar.

257

NEUROBLASTOMA EN REGIÓN AMPULAR ASOCIADO A CARCINO-MA DUCTAL DE PÁNCREAS

Felipe de Jesús Peña Hernández, Del Ángel L, Suárez MR, Godoy IU, González KY, Brito TI, Magaña RA, Delgadillo OL, González AJ, Martínez OC, Romero PR. Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades IMSS, CMN SXII México D.F.

Introducción: Los neuroblastomas son neoplasias extracerebelares de aspecto embrionario que muestran diferenciación hacia líneas neuronales. El 80% se detectan en niños menores de 4 años. Pueden ocurrir en adultos pero es excepcional. En la literatura no hay reportes de casos previos, ni asociación del cáncer de páncreas. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 69 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo II tratado con hipoglucemiantes orales. Inicia hace un mes ictericia, acolia, coluria y pérdida de peso de 5 kg en 3 meses; a su ingreso con laboratorio reportándose BT 16.8, BD 13, FA 301, TGO 89, TGP 132; en el ultrasonido se observa vesícula acodada, lodo biliar y colédoco dilatado; control tomográfico con tumor de cabeza de páncreas, dilatación de vía biliar intra y extrahepática; se realiza CPRE encontrando dilatación de vía biliar intra y extrahepática, estenosis de colédoco tercio distal, estenosis de conducto pancreático a nivel de cabeza de páncreas, colocando endoprótesis; se realiza cepillado de conducto pancreático, con RHP: células de adenocarcinoma mal diferenciado. Se programa de

manera electiva procedimiento de Whipple encontrando como hallazgos en región ampular de lesión sólida de 3 x 3 cm en cabeza de páncreas y proceso uncinado, con reporte histopatológico de carcinoma ductal poco diferenciado con extensión de 3 x 2.5 cm, delimitado, bordes libres de tumor, con metástasis ganglionar 2 de 6 ganglios, además de células azules redondas y pequeñas con evidencia de diferenciación neuronal en región periampular proximal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. **Conclusiones:** Los neuroblastomas son neoplasias extracerebelares de aspecto embrionario que muestran diferenciación hacia líneas neuronales. El 80% se detectan en menores de 4 años. Pueden ocurrir en adultos pero es excepcional. Pueden mostrar incidencia familiar, estar asociados al SX de Beckwith-Wiedemann, a la enfermedad de Hirschsprung, otras anomalías congénitas, neurofibromatosis. Aproximadamente el 70% de los neuroblastomas ocurren en el retroperitoneo, y la mayoría involucra glándula suprarrenal. Se ha propuesto la existencia de 3 variedades de neuroblastoma, diferentes biológicamente y en su presentación clínica. Macroscópicamente son grandes, suaves, grises y relativamente bien circunscritos; presentan áreas de hemorragia, necrosis y calcificaciones. Algunas veces la hemorragia es tan extensa que pueden imitar un hematoma. La multifocalidad se presenta en menos del 10%. Los neuroblastomas se extienden localmente. Los sitios más comunes de metástasis a distancias son a hígado (síndrome de Pepper), hueso (cráneo y órbita, síndrome de Hutchinson), nódulos linfáticos, ovario, testículos y región paratesticular y sistema nervioso central. Hemos realizado la revisión bibliográfica en la literatura sin encontrar reportes de casos previos, ni asociación del cáncer de páncreas con el neuroblastoma. Consideramos oportuno el tratamiento quirúrgico, y continuaremos el seguimiento del caso.

258

TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DEL PÁNCREAS PEDIÁTRICO

Juan Francisco Hidalgo Corona, Duarte VJC, Camacho AJF, Zavalza GJF, Salazar OGF, López LF, Romero MC, Paipilla MOA, Lee RSA, Valenzuela A. Servicio de Cirugía General, Hospital General Tijuana SSA, Tijuana Baja California

Introducción: Es un tumor epitelial de baja malignidad que afecta principalmente a mujeres jóvenes. Ha sido denominado con otros términos como neoplasias papilares epiteliales, tumor acinar sólido y quístico, neoplasia papilar quística, carcinoma papilar quístico, tumor sólido y quístico, tumor papilar de bajo grado y tumor de Frantz. Clasificándolo dentro del grupo de tumores del páncreas exocrino tipo «borderline», es decir, con incierto potencial maligno. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 12 años de edad, sin antecedentes de relevancia. Refiere historia de 4 años de evolución con presencia de masa en región epigástrica, sin presencia de dolor, náusea, vómito, sensación de plenitud o pérdida de peso. La masa fue incrementando paulatinamente de tamaño hasta ser notoria a la palpación superficial. El examen físico reveló una paciente en buenas condiciones generales, con presencia de un tumor palpable en epigastrio e hipocondrio izquierdo, no dolorosa, lisa, de aproximadamente 15 x 10 cm. Los exámenes de laboratorio fueron normales, incluidos los niveles de á-feto-proteína y á-gonadotropina coriónica humana. Se realizó ultrasonido como primer estudio de gabinete para valorar el tumor. Se encuentra lesión en cuadrante superior izquierdo de 8 x 9 x 5 cm aproximadamente, sólido, de aspecto heterogéneo y cápsula bien definida. Se realiza tomografía axial computarizada, en la cual se observa un tumor de aproximadamente 8 x 8 cm, heterogéneo, bien definido por la presencia de una cápsula. La reconstrucción tomográfica de la lesión en sentido axial revela el tumor ocupando gran parte del cuadrante superior izquierdo. Se realiza celiotomía exploradora con abordaje a través de línea media supraumbilical. Se encontró tumor sólido de aproximadamente 10 cm de diámetro localizado en la cola del páncreas, realizándose pancreatectomía distal con resección del tumor. En el postquirúrgico se observa con buena evolución, con signos vitales normales, escaso gasto seroso por drenaje cerrado y con tolerancia a la vía oral. El análisis histopatológico reveló la presencia de un tumor de 9 x 8 x 4 cm, con cápsula color gris blanquecino. Al corte de la masa, se encuentran áreas color café oscuro alternando con áreas sólidas gris blanquecina granulares y áreas microquísticas. **Conclusiones:** El tumor pseudopapilar es una entidad patológica sumamente rara, cuyo diagnóstico debe ser sospechado por la clínica y confirmado por exámenes de gabinete (TAC) el pronóstico en la mayoría de los pacientes es bueno y el tratamiento depende básicamente en la resección quirúrgica.

259

TUBERCULOSIS PANCREÁTICA EN PACIENTE CON VIH

Luis Montiel Hinojosa, Razón GE, Sánchez FN, Chan NLC. Servicio de Cirugía General, Instituto Nacional de Nutrición SSA, México D.F.

Introducción: La tuberculosis pancreática no es un padecimiento que se observa con relativa frecuencia dentro de la valoración de la patolo-

gía hepatopancreatobiliar, sin embargo debe de permanecer dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes que se encuentran con un estado de inmunosupresión. Dentro de la literatura se presentan casos con pacientes dentro de áreas endémicas y/o que cuentan con depresión del sistema inmune. **Reporte del caso:** Paciente masculino de 34 años de edad, cuyos antecedentes con tabaquismo y alcoholismo ocasional, con 6 parejas heterosexuales. Comenzó con un cuadro de 3 meses de evolución caracterizado con dolor en epigastrio intermitente y transitorio de intensidad 10/10 irradiado a hipocondrio derecho asociado con distensión abdominal, no fiebre, acoña ni coluria y pérdida de peso de 4 kg aproximadamente. Dentro de su exploración física con febrícula, sin masa abdominal ni datos relevantes. Estudios paracológicos como biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y pruebas de funcionamiento hepático dentro de parámetros normales. Anticuerpos anti-virus hepatotróficos negativos, Ca 19-9 menor a 0.8. PPD negativo. En la TAC se evidencia lesión en cabeza de páncreas heterogénea con componente sólido-quístico. Se sometió a cirugía donde se obtuvo muestra de la lesión así como biopsia ganglionar cuyo reporte definitivo fue tuberculosis pancreática. Por la asociación de este padecimiento con inmunocompromiso se realizó diagnóstico intencionado para VIH para lo cual resultó positivo.

Conclusiones: La tuberculosis pancreática se presenta generalmente en pacientes con inmunosupresión y en áreas endémicas. Este padecimiento también puede simular una neoplasia que en paciente dentro de la 6^º ó 7^º década de la vida son sometidos a Whipple por sospecha de la misma. Debido a la inmunosupresión la mayoría no presenta pruebas diagnósticas concluyentes. Afecta generalmente a ambos sexos. Deberá sospecharse en áreas endémicas o grupos de riesgo. La manifestación más frecuente (66%) es el dolor, seguida de la fiebre 52% y la pérdida de peso 46%. El diagnóstico definitivo se hace mediante cultivo (77%).

260

PANCREATITIS AGUDA ASOCIADA A HERNIA DIAFRAGMÁTICA

César Carbajal Vega, Reyes HA, Rodríguez GE, Maldonado MS, Origel GJL, Hernández CJR. Servicio de Cirugía General, Hospital General Regional de León SSA, Naucalpan de Juárez, Edo. de Méx.

Introducción: El abdomen agudo es una enfermedad que se presenta con mucha frecuencia (60%) en un servicio de urgencias, la asociación de una pancreatitis aguda con hernia diafragmática es extremadamente infrecuente, reportamos el diagnóstico y manejo de esta asociación. **Reporte del caso:** Masculino de 9 años, cuadro de 48 hrs de evolución con dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio izquierdo, acompañado de náusea y vómito en 6 ocasiones, manejo médico por facultativo sin mejoría de sintomatología, toma de paracétamolos y envío a nuestra unidad. A la EF vitales con fc 130 xm, fr 23 xm, T 37.0°C, se encuentra despierto, intranquilo, campos pulmonares sin datos de síndrome pleuropulmonar, ruidos cardíacos rítmicos sin fenómenos agregados, abdomen globoso doloroso a la palpación generalizada media y profunda, peristalsis disminuida, rebote positivo. Se realizó Laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos: Hernia de Bochdalek de 20 cm de diámetro, conteniendo cuerpo y fondo de estómago, riñón izquierdo, ángulo esplénico del colon, cola de páncreas con grasa peripancreática esteatonecrosis pancreática, realizándose plástia diafragmática. Evolucionó de forma satisfactoria iniciando dieta al 3er día, retiro de drenajes, y egresó al 4to día postquirúrgico. **Conclusiones:** La Hernia diafragmática es una rara enfermedad que se presenta en 4 casos por 100,000 pacientes de la población, su asociación con pancreatitis aguda es anecdotica encontrándose únicamente en la literatura durante 20 años 3 casos, el manejo siempre es quirúrgico y puede realizarse por vía abdominal o torácica según la experiencia del equipo quirúrgico.

261

ABSCESOS PANCREÁTICOS

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

Introducción: Los abscesos pancreáticos son acumulaciones localizadas de pus en el páncreas o cerca de él y limitadas por una cápsula. Suelen diagnosticarse más tarde que una necrosis infectada al cabo de tres a cuatro semanas del inicio del ataque, aunque a menudo las pruebas de toxicidad son menores, el paciente puede verse muy séptico. Los estudios de TAC muestran una acumulación de líquido que quizás no se diferencia de un pseudociste, la presencia de burbujas de gas en el líquido indica infección, pero en ocasiones es necesario para establecer el diagnóstico aspirar y realizar tinción de Gram y cultivos, si el drenaje es líquido y con poco material particulado puede ser suficiente el drenaje percutáneo, si es viscoso, no hay mejoría en el paciente y se observa necrosis tisular vecina en la TAC el drenaje deberá ser quirúrgico. La mortalidad es del 20-30%. **Reporte del caso:** Presentación de casos. Caso N°1. Femenino de 41 años de edad con antecedentes de hospitalización previa por dolor abdominal

agudo, localizado en epigastrio posterior a la ingesta de alimentos, acompañado de vómito y distensión abdominal, diagnosticado como litiasis renal bilateral tipo coraliforme, siendo intervenida quirúrgicamente con nefrolitotomía derecha, persistiendo el dolor se le diagnosticó ulceras duodenal y se mejoró aparentemente con el tratamiento establecido, a los 4 meses después la paciente es hospitalizada con datos fracos de Síndrome inflamatorio sistémico, deshidratación y desnutrición importante, dolor y distensión abdominal con presencia de masa abdominal que abarca todo el abdomen superior, con vómito de contenido gástrico y fiebre de 38.5°C, TA de 80/50 mmHg, taquicárdica, diaforética y oligúrica, se inicia manejo hidroelectrolítico y medidas de sostén, Rx con ileo reflejo, escoliosis antalgica hacia la derecha, patrón difuso en abdomen superior con granos de mijo, presencia de cálculo en riñón izquierdo, DIU en hueco pélvico. Ultra-sonido de abdomen superior con hallazgos de colección peripancreática sobre la cabeza del páncreas encapsulada compatible con pseudoquiste de páncreas infectado. TAC con presencia de absceso peripancreático por lo cual es sometida a drenaje externo y desbridación de absceso pancreático. La paciente evoluciona en forma satisfactoria los primeros 5 días para posteriormente deteriorarse por recurrencia de factor infeccioso sistémico falleciendo a pesar del manejo intensivo al 9^º día de postoperatoria. Caso 2. Femenino 33 años de edad, inicia su cuadro hace un mes al presentar dolor intenso en epigastrio con irradiación dorsal en hemicinturón y acompañado de vómito, motivo por el cual fue hospitalizada diagnosticándose pancreatitis aguda secundaria a hiperlipidemia, posteriormente presentando dolor abdominal difuso y fiebre continua 48 hrs después. A su ingreso pálida, diaforética, febril, taquicárdica e hipotensa, abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida, doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo, con sensación de masa palpable. Laboratorio reporta Hb de 9.9 g/dl, Hto 29.5%, 22,800 leucocitos, glucosa 202 mg/dl, amilasa 22 UA/dl y resto normal. Se le practicaron PS, US y TAC de abdomen. Con diagnóstico de Absceso Pancreático de cuerpo y cola fue sometida a Laparotomía exploradora habiéndose realizado desbridación y drenaje del mismo. La evolución postoperatoria fue satisfactoria egresándose al cuarto día para control en consulta externa. **Conclusiones:** Los abscesos pancreáticos son complicaciones de un cuadro de pancreatitis necrosante aguda, o por infección secundaria de un pseudoquiste infectado, los abscesos pancreáticos son polimicrobianos, el tratamiento debe ser drenaje quirúrgico. La tasa de mortalidad es alta hasta de un 20-30%

262

PANCREATITIS AGUDA GRAVE EN EDAD PEDIÁTRICA

Yanet Endoqui Anaya, Bartolo RE, Escobedo AF. Servicio de Cirugía, Hospital General Ticomán GDF SSA, México D.F.

Introducción: La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas de etiología diversa. La mayoría de los casos son leves y autolimitados, aunque el 10-20% desarrollan una enfermedad grave cuando se produce fracaso de la función pancreática y/o complicaciones locales como necrosis, pseudoquiste o fístula y/o afectación de otros sistemas como shock, insuficiencia renal o respiratoria. Es una enfermedad frecuente en adultos con menor incidencia en la edad pediátrica con un pico máximo a los 10 años. Las etiologías son muy variadas a diferencia que en los adultos el 80% son secundarios a alcohol o cálculos biliares, en la edad pediátrica los traumatismos abdominales son la causa más habitual. **Reporte del caso:** Paciente femenino de 13 años de edad refiere inicio de cuadro 3 días previos posterior a ingesta de colecistocinéticos presentando dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho irradiado en hemicinturón acompañado de náusea llegando al vomito de contenido gastroralimentario el cual no disminuye a la ingesta de analgésico, aumentando sintomatología. A la exploración física orientada, mal hidratada con palidez de tegumentos, abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, Murphy presente, puntos pancreáticos positivos. USG vesícula biliar 81 x 35 mm, múltiples litos en su interior, pared 7 mm, colédoco 9 mm, leucocitos 35 500 hb 15.7, glucosa 136, creat 0.8, BUN 1, bilirrubina total 2.84, directa 0.92, colesterol 172, triglicéridos 49, amilasa 1,763, lipasa 5,040, gasometría ph 7.42, PCO₂ 23.2, pO₂ 62.2, HCO₃ 15, SO₂ 91.7, Ranson 1, Apache 7, TAC Baltazar E. Se realiza manejo antibiótico, analgésico, hidroelectrolítico, nutrición parenteral. Presentando durante su estancia derrame pleural realizando toracocentesis obteniéndose 200 cc de líquido con citológico, citoquímico en cual reportó glucosa 107, innumerables eritrocitos, leucocitos 250. Realizándose TAC a los 15 días el cual se observó pseudoquiste de 6 x 5 cm, egresándose por mejoría. **Conclusiones:** La pancreatitis aguda es una enfermedad infrecuente en edad pediátrica, siendo infrecuente la presentación grave y la causa más frecuente la secundaria a traumatismo. Y en adultos la alcohólica o biliar, aunque esto no se debe descartar en edades pediátricas

263

COMPLICACIONES DE LA PANCREATITIS POST-CPRE

Osvaldo Armando Quiróz Sandoval, Obregón PR, Beylán VC, Medrano ED, Mendoza CC, Jiménez MO, Ocampo CC, Brzunza PJ, Lechuga NJ, Cha-

cón RS, Flores RO. Servicio de Cirugía General, Hospital Agustín O'Horan SSA, Mérida Yucatán

Introducción: La primera Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) fue reportada en 1968, siendo rápidamente aceptada como una técnica segura para la evaluación de la enfermedad pancreatobiliar. Con la introducción de la esfinterotomía como método terapéutico, en 1973, comenzaron a aparecer los primeros reportes de pancreatitis post-CPRE. Con una incidencia reportada que varía del 1% al 40%. La pancreatitis es la complicación más frecuente de la CPRE, con una necesidad de intervención quirúrgica del 0.13% y una mortalidad del 0.2%. El uso de corticosteroides, octreotide, inhibidores de las proteasa, el alopurinol la pentoxyfilina o los antibióticos no han sido lo suficientemente estudiados para justificar su uso como profilaxis de la pancreatitis post-CPRE. El único agente farmacológico que ha demostrado ser útil es el gabexate, un inhibidor de las proteasas, sin embargo su costo y la necesidad de infusión por 12 hrs previas al procedimiento son una barrera para su uso. La CPRE con extracción de litos puede llevarse a cabo inmediatamente después de la cirugía. **Reporte del caso:** Masculino de 36 años, sin antecedentes heredofamiliares y patológicos de importancia, quien hace dos años fue sometido a colecistectomía laparoscópica sin complicaciones. En esta ocasión acude al servicio de urgencias por presentar ictericia y dolor, en el USG se reporta coledocolitiasis por lo que se le realiza una CPRE con esfinterotomía, 24 hrs posteriores al procedimiento presenta dolor en epigastrio y aumento de amilasa sérica presentando APACHE II de 14 puntos, un Balthazar D y atelectasias pulmonares, Ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos evolucionando a sepsis grave una semana después, en la TAC se demuestran colecciones líquidas en el espacio pararenal derecho con extensión hacia ambas corredoras parietales, fosa iliaca derecha y hueco pélvico. Se le realiza una punción guiada, para drenaje, se recaba cultivo del líquido aspirado que reporta *Pseudomonas aeruginosa*, con pobre respuesta al tratamiento conservador se somete a drenaje quirúrgico encontrando necrosis de la cabeza del páncreas, se realiza desbridamiento y drenaje, con colocación de drenajes. Posteriormente presenta intolerancia a la vía oral, en el tracto gastrointestinal se demuestra obstrucción duodenal por compresión externa, secundaria a proceso inflamatorio de la cabeza del páncreas, por lo que se realiza gastroyeyunoanastomosis, con una buena evolución egresa del hospital 74 días posteriores al inicio de la pancreatitis. **Conclusiones:** La CPRE es el procedimiento indicado en la evaluación y tratamiento de las estenosis benignas, anomalías congénitas y de complicaciones postquirúrgicas de la vía biliar; con una sensibilidad y especificidad para detectar litos que supera el 95%. La CPRE tiene un índice de complicaciones menor al 5% y una mortalidad que no supera el 1% de los casos. La gastroyeyunoanastomosis es el procedimiento que podemos utilizar para reestablecer la continuidad del tracto gastrointestinal cuando existe obstrucción duodenal, independientemente de su etiología.

264

CARCINOMA PERIAMPULAR ASOCIADO A PANCREATITIS CRÓNICA
Felipe De Jesús Peña Hernández, Del Ángel L, Sánchez FP, Godoy GIU, González KY, Brito TI, Magaña RA, Delgadillo OL, González AJ, Romero PR. Servicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades, CMN SXII, IMSS, México D.F.

Introducción: Las neoplasias originadas en la región de la ampolla de Vater son categorizadas como tumores periampulares. La diferenciación clínica, radiológica e histopatológica es comúnmente difícil del cáncer de la cabeza del páncreas de las otras tres formas de neoplasias malignas periampulares: carcinoma ampular, carcinoma duodenal y carcinoma del conducto biliar distal. Aproximadamente el 85% de estos tumores provienen de la cabeza del páncreas, 10% de carcinomas ampulares y menos del 5% son carcinomas duodenales y carcinomas biliares distales. **Reporte del caso:** Masculino de 65 años de edad con antecedente de pancreatitis aguda complicada con pseudoquiste pancreático, con cistogastrostomosis hace tres años. Intervenido en tres ocasiones por hernia incisional, realizándose plástia de pared con malla y presentando rechazo al material protésico. Inicia hace 2 semanas con ictericia, acompañado de acolia, coloria y pérdida de peso 6 kg en 2 meses. Laboratorios: hiperbilirrubinemia con patrón obstructivo BT 3.1, BD 2.2, BI 0.8, AST 29, ALT 24, DHL 254, FA 265, GGT 337. Control tomográfico con presencia de aumento de volumen de cabeza de páncreas, obstrucción distal de coléodo con dilatación intra-extrahepática de vía biliar. Se programa intervención quirúrgica realizándose procedimiento de Whipple, durante el transoperatorio se encuentra lesión pétrea de 4 x 3 cm en cabeza de páncreas y proceso uncinado, con reporte histopatológico definitivo de adenocarcinoma papilar ampular diferenciado con extensión de 3 x 2.5 cm, bien delimitado, rodeado de tejido pancreático, y bordes libres de tumor, sin metástasis ganglionar, pancreatitis crónica. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. **Conclusiones:** El carcinoma ampular representa el 6 a 20% de los carcinomas periampulares. La incidencia del carcinoma ampular es del 0.2% del total de los tumores malignos gastrointestinales. La edad de incidencia es entre los 50 y 69 años y existe un

leve predominio en el sexo masculino, 2:1. Los síntomas más frecuentes son: dolor, colestasis e ictericia intermitente. La sobrevida global a 5 años luego de una duodenopancreatetectomía (operación de Whipple) en los carcinomas ampulares es del 22 al 55%, mientras que para un carcinoma ductal de páncreas es del 10-15%. Los carcinomas ampulares se resecan quirúrgicamente. Cuando miden menos de 2 cm: se recomienda resección local de Halstead. La mortalidad con este tipo de cirugías es del 7.1% de los casos. Cuando miden de 2 a 5 cm: operación de Whipple (duodenopancreatetectomía). Mortalidad del 11% en este tipo de cirugía y morbilidad del 43%. Cuando miden más de 5 cm: bypass paliativo. Se ha propuesto que la pancreatitis crónica se encuentra positivamente asociada con un incremento en el riesgo de cáncer de páncreas, pero aún es difícil afirmar la relación causa-efecto entre las dos enfermedades. El diagnóstico histopatológico correcto de las lesiones precursoras y de los carcinomas ampulares es muy importante debido al mejor pronóstico que tienen los mismos y a que son posibles de resecciones locales cuando miden menos de 2 cm.

265

TERAPÉUTICA DEL PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO

Maria Teresa Mireles Aguilar, Salgado CLE, González RR, Villegas CO, Pulido RJ. Hospital Metropolitano/Hospital San José, Residencia en Cirugía General, Programa Multicéntrico ITESM/SS, ITESM/SSA y Privado Monterrey Nuevo León

Introducción: Los pseudoquistes pancreáticos son colecciones líquidas ricas en amilasa, contenidos en pseudocápsulas fibróticas, que ocurren de 4 a 6 semanas después de un episodio de pancreatitis aguda. Cualquier colección que aparezca en un tiempo menor o no posea pseudocápsula, se considera como una colección líquida con diferentes implicaciones en la elección terapéutica. Los pseudoquistes pancreáticos son las lesiones quísticas más comunes del páncreas conformando el 75 al 80% de estas masas, se pueden desarrollar secundariamente a una pancreatitis aguda o crónica, traumatismo pancreático, obstrucción ductal y neoplasias pancreáticas. Sin embargo, se trata de una entidad rara, encontrando una incidencia de menos de 10% de los episodios de pancreatitis. Debido a que no existen estudios aleatorios prospectivos que comparan las diferentes modalidades de tratamiento para los pseudoquistes pancreáticos, la decisión de realizar cierto tipo de intervención sobre otra, se basa en la experiencia y recursos de la institución, así como en la experiencia y preferencia del equipo quirúrgico. **Objetivo:** El objetivo de este trabajo es describir los diferentes casos clínicos que se han presentado en nuestros hospitales sede en los últimos años, sus características, manejo terapéutico y resultado del mismo. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo multicéntrico, en el cual se analizaron las bases de datos de nuestros 2 hospitales sede: Hospital San José (privado) y Hospital Metropolitano (público) y se incluyeron a todos los pacientes que presentaron diagnóstico de pseudoquiste pancreático desde el año 1993 (Hospital San José) y de los últimos 2 años (2006 y 2007) en el Hospital Metropolitano. **Resultados:** Se encontró un total de 7 pacientes que desarrollaron pseudoquiste pancreático, todos secundariamente a mínimo 1 episodio de pancreatitis aguda, 5 (71.4%) de origen biliar, 2 (28%) de origen indeterminado. La edad promedio fue de 45 años, con predominio masculino 6:1, el motivo de consulta en todos los pacientes fue dolor abdominal en epigastrio. El tratamiento brindado a este grupo de pacientes consistió en 2 (28%) cistogastrostomosis, 2 (28%) cistoyeyunoanastomosis y 1 (14.2%) pseudoquiste (el de menor volumen) fue drenado por medio de CPRE. Dentro del grupo de los pseudoquistes tratados por medio de drenaje percutáneo, uno de los pacientes requirió de un segundo procedimiento en el que se realizó nueva punción y se drenaron 800 cc de líquido achocolatado, resolviéndose de esta manera el pseudoquiste. Un paciente (14.2%) desarrolló infección de la herida en el 4to. día postquirúrgico, manifestada con eritema y salida de secreción purulenta a través de la misma, se trató con antibiótico de amplio espectro y curaciones y se realizó cierre por segunda intención. La evolución en el resto de los pacientes fue favorable, el inicio de la vía oral se instauró en promedio al 4to. día postquirúrgico. Los días de estancia intrahospitalaria fueron en promedio 11. **Conclusiones:** Los pseudoquistes pancreáticos como complicación de la pancreatitis aguda incrementan la morbilidad asociada a este padecimiento. Existen diferentes terapéuticas con resultados satisfactorios en la mayoría de los casos. En los casos analizados encontramos que el drenaje quirúrgico así como el endoscópico son superiores al drenaje percutáneo, resultados similares encontrados en la literatura.

266

DOBLE DERIVACIÓN INTERNA EN PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS MÚLTIPLE

Daniel Arturo García Sánchez, Miranda ALI, Hinojosa FMA, Godínez ACJ, Belio CA. Servicio de Cirugía General, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza IMSS, México D.F.

Introducción: El pseudoquiste pancreático es la complicación más común de un cuadro inflamatorio del páncreas, constituyen la mayoría de las lesiones quísticas del páncreas, se diferencian de otros tipos de quistes por carecer de un revestimiento epitelial. Es una colección de líquido pancreático secundario a un proceso inflamatorio del páncreas, sus paredes están compuestas por tejido fibroso y de granulación derivado del peritoneo, el tejido retroperitoneal. Se cree que el pseudoquiste ocurre en el 10 a 15% de los pacientes con pancreatitis aguda y del 20 a 40% de los paciente con pancreatitis crónica, y son más frecuentes en el hombre que en la mujer. Del 45 al 50% de los pseudoquistes se encuentran en la cabeza del páncreas o alrededor de ella. Los pseudoquistes son con mayor frecuencia acumulaciones solitarias, redondas u ovoides, en tanto que el 15% de los pacientes pueden tener pseudoquistes múltiples. Aparece de 4 a 6 semanas en su mayoría únicos (90%) con alto contenido de enzimas pancreáticas y con un volumen variable de 100-5,000 cc. Los síntomas principales son dolor epigástrico 90%, masa epigástrica 60%, náuseas y vómito 50%, pérdida de peso 40% y en ocasiones fiebre e ictericia. Las indicaciones para drenaje incluyen presencia de síntomas o complicaciones como infección, hemorragia o ruptura, las opciones de tratamiento consisten en drenaje percutáneo, endoscópico y quirúrgico. La elección del procedimiento depende de varios factores incluyendo las condiciones generales del paciente, tamaño, número y localización de los quistes. El drenaje quirúrgico interno es de elección en pseudoquistes con pared madura, la cistoyeyunostomía está indicada en los mayores de 15 cm con predominio inframesocólico o de localización inusual. Tratamiento Quirúrgico: El tratamiento quirúrgico de los PS ofrece tres posibilidades: drenaje externo, drenaje interno y la resección. El Drenaje externo es un procedimiento que se utiliza sólo cuando el PS tiene todavía una pared inmadura donde no es seguro realizar una anastomosis con una víscera vecina o en PS complicados (quistes infectados o rotos). Consiste en colocar un drenaje con el exterior tras la realización de un vaciamiento del contenido por laparotomía. Se asocia a una morbilidad considerable, de un 36% y un 10% respectivamente con una recurrencia de hasta el 18%. Los resultados generales de la cirugía sitúan las cifras de mortalidad en 1.6 y una tasa de complicaciones del 19%. Los pseudoquistes de menos de 4 cm de diámetro casi todos se resuelven espontáneamente (90%), mientras que los mayores de 6 cm sólo desaparecen espontáneamente en un 20%. **Reporte del caso:** Masculino de 36^a, niega antecedentes crónico-degenerativos, tabaquismo y alcoholismo negados. En mayo del 2005 presenta evento de CCL agudizada y pancreatitis y es operado de CCT abierta en Hospital Juárez. Acude a consulta externa enviado de UMF con aumento de volumen abdominal que impide tolerar VO adecuadamente, dolor abdominal, náuseas y vómitos. Tiene TAC preoperatoria y se realiza panendoscopia encontrándose: estómago con luz disminuida por compresión extrínseca a nivel de cuerpo y antró, piloro permeable. Se dx: Hernia hiatal por deslizamiento, desgarro de mucosa en sitio de pseudoquiste pancreático, disminución de luz de duodeno aumento de calibre de vasos gástricos a descartar hipertensión portal. Preo: Hb 14.4, Hto 43, plaquetas 79, TP 12.4 (82.7%) INR 1.10, gluc 101, creat 1.1, amilasa de 61. Se prepara para qx y se opera 29/01/2008. Se encuentra pared de 3 mm en pseudoquiste contenido aprox 4,000 cc con rechazo de arco duodenal y desplazamiento de estómago hacia arriba. Pseudoquiste de aprox 25 X 25 cm, dilatación de vasos gástricos, de epíplón, hígado de características macroscópicas normales. Se realiza cistogastroanastomosis en sitio más de clive con boca amplia aprox 6 cm a cara posterior del estómago y se deja gastrostomía protectora. Evolución satisfactoria primeros días PO con control de lab de gluc 144, creat 1.6, BT 2.6, BD 1.7, fosfatasa alcalina de 121, Hb de 12.2, leucos de 9.1, plaq de 91, TP de 16.7 (48%), INR 1.47. Posteriormente con tolerancia parcial alimentación sin vómito, sin distensión, fiebre al 7º día PO USG control 06 feb. 2008: con pble colección en retroperitoneo superior Endoscopia no logra pasar endoscopio, no se visualiza la boca de la anastomosis. Se decide re-exploración qx con hallazgos de septo de quiste pancreático con contenido quílico aprox 600 cc con comunicación superior insuficiente dado lo cual se realiza lavado y drenaje de pseudoquiste con cistoyeyunoanastomosis a 30 cm de asa fija con boca amplia aprox 5 cm, se retira gastrostomía. El paciente presenta evolución satisfactoria con tolerancia a VO sin fiebre con control posterior de USG y TAC sin colecciones y es egresado con control por consulta externa. **Conclusiones:** No existen hasta el momento estudios randomizados controlados que comparen las diferentes técnicas de drenaje de los seudoquistes pancreáticos. La vía elegida para el drenaje (radiológica, endoscópica o quirúrgica) depende en parte de la experiencia y tecnología local disponible. La endoscopia alta (fibrogastroscopia) es de utilidad para valorar el abombamiento que produce el pseudoquiste en la pared gástrica o duodenal, el cual es un requisito imprescindible para su tratamiento endoscópico, pero en este HGZ no se encuentra disponible el material para realizarlo. Un 90% de los pseudoquistes son únicos. Tras pancreatitis de origen enélico son más frecuentes los pseudoquistes múltiples. La relevancia de la presentación de este caso se basa en la baja indecencia de pseudoquiste pancreático múltiple que aparentemente lo reportan como único en los

estudios de gabinete por su contigüidad, por lo que se planeó el procedimiento quirúrgico como pseudoquiste único (cistogastroanastomosis); Y posteriormente decide un segundo tiempo quirúrgico por la evolución tórpida, y observar otro pseudoquiste y la realización de una doble derivación pancreática interna, ahora eligiendo cistoyeyunoanastomosis.

267

PSEUDOQUISTE DE PÁNCREAS HEMORRÁGICO. REPORTE DE UN CASO

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

Introducción: El pseudoquiste pancreático es una complicación común de la pancreatitis aguda o crónica y se considera que se origina por una pérdida de la continuidad o fuga de elementos tubulares de la glándula, no tiene un revestimiento epitelial, formándose su pared por una reacción inflamatoria que se produce en la periferia del líquido. Se presentan en cualquier región del páncreas y en un 15% de los casos son múltiples. En cuanto a la evolución, un 30-40% se resuelven espontáneamente con tratamiento médico, estando indicados procedimientos más agresivos cuando persisten durante 4-6 semanas o presentan signos de crecimiento progresivo. El tratamiento consiste en la evacuación del contenido del pseudoquiste mediante aspiración percutánea, drenaje externo o interno. La hemorragia a partir de pseudoquistes y pseudoaneurismas son la complicación más fulminantemente y letal de la pancreatitis. Produce síntomas a través de los siguientes mecanismos: hemorragia gastrointestinal aguda, sangrado intraperitoneal y severa y no explicada anemia. Los procedimientos diagnósticos y la terapia son todavía motivo de controversia. Se reporta el caso de un paciente con cuadro de abdomen agudo sec a hemorragia intraperitoneal por un pseudoquiste de páncreas sangrante. **Reporte del caso:** Masculino de 35 años acude al servicio urgencias cuadro 7 días dolor epigástrico hipocondrio derecho, náusea, vómito gastrorribular USG colecistitis aguda litiasica múltiple con litio enclavado en cístico TAC pancreatitis con áreas de necrosis Balthazar D, qx líquido, reacción peritoneal, páncreas aumentado tamaño edematoso, concreciones císticas, vesícula múltiples litos en su interior, cístico y colédoco sin litos. Tx conservador hasta remisión proceso pancreático y colecistectomía abierta sin complicaciones. 5 meses después ingresa al servicio de urgencias por presentar cuadro de intolerancia a alimentos, distensión abdominal, náusea y vómito características gastrobiliares, TAC lesión hipodensa afecta cabeza y cuerpo, paredes de 0.24 cm por lo que se decide manejo conservador, vigilancia y egreso a domicilio con seguimiento por la consulta externa. Un mes después presenta cuadro súbito dolor abdominal localizado epigástrico, cuadrante superior izquierdo de abdomen, incapacitante, náusea y vómito gastrorribular a la exploración física abdomen agudo. TAC páncreas con lesión hipodensa cabeza y cuerpo, desplaza estómago y colon, grasa peri-pancreática hiperdensa, líquido en espacio pararrenal anterior compatible con pseudoquiste pancreático complicado a considerar hemorragia intrnquística. Se somete a laparotomía de urgencia encontrándose infiltración hemática de retroperitoneo y raíz mesenterio pseudoquiste pancreático sangrante con zonas de necrosis y hemorragia, se realiza hemostasia y drenaje externo, evolución postquirúrgica sin complicaciones egreso a domicilio. 1 año después TAC control páncreas disminuido tamaño a nivel cabeza y densidad normal sin lesiones anormales. **Conclusiones:** La hemorragia de un pseudoquiste pancreático es una de las complicaciones más temidas ya que su tratamiento no es fácil y en muchos casos empeora de forma drástica el pronóstico de los pacientes. Una de las opciones terapéuticas a esta importante complicación es la embolización selectiva del vaso o los vasos sangrantes, si bien no siempre es posible por dificultades técnicas, por la urgencia de la situación o por no disponer de servicio de radiología vascular intervencionista. La alternativa a este tratamiento es la intervención quirúrgica (ligadura de los vasos sangrantes y drenaje externo del pseudoquiste pancreático, la pancreatectomía distal e incluso la duodenopancreatectomía cefálica), la cual resulta muy agresiva y con una mortalidad nada despreciable en estos pacientes, la mayoría de los cuales presentan multipatología de base. La intervención quirúrgica seleccionada en este caso fue la hemostasia selectiva y el drenaje externo por considerarla la apropiada por su baja mortalidad y morbilidad, además de buenos resultados.

268

MANEJO DE PSEUDOQUISTE PANCREÁTICO POST-TRAUMÁTICO, REPORTE DE UN CASO

Iván Octavio Jiménez Meza, Beylán VC, Ocampo CC, Quiroz SO, Romero SJ, Chacón RS, Flores RO, Fernández CA, Escalante AE, Uicab CW, Góngora CF. Servicio de Cirugía General, Hospital Agustín O'Horan SSA, Mérida Yucatán

Introducción: El pseudoquiste pancreático es la colección de líquido rico en amilasa dentro del tejido pancreático, con ausencia de pared epitelizada

da. Se observa en el 7-15% de las pancreatitis agudas y hasta en un 20-25% de las pancreatitis crónicas, resolviéndose espontáneamente en el 85% y 10% de las veces. Existen varias técnicas para el drenaje de este tipo de colecciones: el drenaje percutáneo, la cirugía abierta y, el drenaje endoscópico. El drenaje percutáneo ha reportado una tasa de fracaso cercana al 16%, recurrencia del 7% y una tasa de complicaciones del 18%, con una mortalidad de 2%. La complicación más grave es la infección del quiste al colocar el drenaje, la cual ocurre cerca del 10% de las veces y la fístula pancreática que se presenta hasta en el 48% de los casos. El drenaje laparoscópico tiene más alta tasa de complicaciones que el drenaje abierto, la mayoría de las fallas ocurren por problemas técnicos que ameritan que el procedimiento se convierta de laparoscópico a abierto, entre los que se incluyen: hemorragia, pseudoquiste infectado, y adhesión del pseudoquiste a la pared gástrica. Por lo tanto este procedimiento no se recomienda de primera instancia. El drenaje abierto incluye varias modalidades entre las que se mencionan, drenaje transpapilar, cistogastrostomía, cistoduodenostomía, etc. escogiendo el mejor método dependiendo de la comunicación que exista entre el pseudoquiste y el conducto pancreático y/o otra porción del tracto gastroduodenal. Otra opción de drenaje es la vía endoscópica, colocando stents para comunicar el pseudoquiste a la luz gastrointestinal, con una tasa de éxito del 90% y recurrencia del 12%. **Reporte del caso:** Masculino de 18 años que sufrió accidente en su motocicleta, recibiendo traumatismo directo en epigastrio y que ocasiona pancreatitis postraumática, la cual se resuelve satisfactoriamente de manera conservadora, siete semanas después presenta dolor epigástrico con intolerancia a la vía oral, y aumento del perímetro abdominal, el USG reporta colección líquida de la cabeza del páncreas, y la TAC confirma el diagnóstico reportando un pseudoquiste de 9 x 7 cm en la cabeza del páncreas y que comprime la pared duodenal y gástrica posterior, existe aumento de la amilasita sérica hasta 2,603 U/L. Se decide dar manejo invasivo debido al tamaño de la colección, eligiendo la cistogastrostomía endoscópica con colocación de stent, lo cual funciona adecuadamente, lográndose dar de alta 10 días después del procedimiento con adecuada tolerancia a la vía oral. **Conclusiones:** Actualmente disponemos de diversas alternativas para el drenaje del pseudoquiste pancreático, cada una de ellas con diversas ventajas, pero también con sus limitantes técnicas y morbilidades asociadas, por lo que se deben de tomar en cuenta estos factores y las características de cada paciente para escoger el método terapéutico adecuado. Actualmente se prefiere la cirugía de invasión mínima debido a que da alentadores resultados en este tipo de procedimientos.

269

CIRUGÍA DE WHIPPLE EN TRAUMA PANCREÁTICO

Oscar Alejandro Luque Gaxiola, Castillo JM, Rodríguez E, Guapo C, Orozco B, Maldonado MS. Servicio de Cirugía, Hospital General Regional de León SSA, León Guanajuato

Introducción: La incidencia del traumatismo pancreático se ha incrementado actualmente, esto podría ser resultado del uso de armas de fuego de alta velocidad, accidentes automovilísticos o a una mejor detección de las lesiones pancreáticas. La lesión de páncreas permanece como uno de los mayores desafíos para el cirujano que maneja víctimas de trauma, y aunque raras permanecen como un reto diagnóstico y terapéutico causando una morbilidad significativa en el paciente con trauma. Siendo el páncreas un órgano retroperitoneal lleno de enzimas proteolíticas, compartiendo su irrigación con el duodeno y rodeado de estructuras vasculares continúa retardo el conocimiento y juicio del cirujano, ya que una lesión inadvertida o subestimada puede representar complicaciones desastrosas. Las pruebas de laboratorio e imagen no son de gran utilidad por su baja especificidad, por lo que una lesión pancreática debe ser sospechada con base clínica en cualquier paciente con trauma penetrante del tronco, así como en lesiones compresivas del abdomen superior. La exposición, identificación y evaluación del daño, así como la selección del método apropiado de manejo son difíciles; muchas opciones de tratamiento están disponibles incluyendo drenaje, resección y procedimientos de reconstrucción. **Objetivo:** Justificar la utilización del procedimiento de Whipple durante la laparotomía inicial en el manejo de pacientes con trauma pancreático severo. **Material y métodos:** Paciente masculino de 20 años de edad que sufrió accidente automovilístico tipo volcadura, a su ingreso alerta, hemodinámicamente estable, solo con taquicardia y dolor abdominal referido sin datos de irritación peritoneal. Ultrasonido (FAST) negativo a su ingreso, radiografías de abdomen con asas intestinales dilatadas, permanece en observación por espacio de 12 horas continuando con dolor abdominal, se agrega irritación peritoneal, taquicardia y ausencia de peristaltismo, se decide manejo quirúrgico pensando en una perforación de víscera hueca. **Resultados:** Los hallazgos transoperatorios fueron: Hemoperitoneo de 800 ml, hematoma y edema de pared de colon ascendente hasta descendente. Hematoma retroperitoneal zona I y II. Lesión de la cabeza del páncreas grado V. No se evidencia lesión de la vía biliar, se decide manejo con procedimiento de Whipple ya que el paciente permanecía hemodinámicamente estable, se trataba de un paciente joven

y se contaba con personal calificado para realización de dicho procedimiento. **Conclusiones:** El trauma pancreático es relativamente raro y un cirujano individualmente tiene poca oportunidad de obtener una experiencia personal extensa en su diagnóstico y manejo, determinando el destino de un paciente con lesión pancreática un cierto número de factores incluyendo la severidad de las lesiones asociadas, si está o no comprometido el ducto pancreático y la presencia de lesión pancreato-duodenal combinada. El reconocimiento de la lesión pancreática en el momento de la exploración quirúrgica inicial, la identificación de la posible lesión del ducto y la institución de un drenaje quirúrgico adecuado son las piedras angulares para un tratamiento exitoso de las lesiones de páncreas. Por lo que el manejo de las lesiones de páncreas en los últimos años ha cambiado por una conducta conservadora, es decir, que la resección es utilizada juiciosamente, las anastomosis pancreato-entéricas han sido abandonadas y el drenaje externo es el soporte principal del tratamiento, sin embargo, cuando se trata de lesiones de cabeza de páncreas grado V (avulsión) como es el caso de nuestro paciente, el procedimiento de Whipple está ampliamente recomendado siempre y cuando las condiciones hemodinámicas y generales del paciente lo permitan y se cuente con cierto grado de experiencia en el manejo de estos pacientes en el personal médico a cargo. Finalmente mencionamos que la evolución de nuestro paciente fue satisfactoria sin presentar mayores complicaciones.

MÓDULO: TRANSPLANTES

270

TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE CATÉTER DE TENCKHOFF, POR CIRUJANOS DE TRASPLANTES

Judith Isabel Hernández Díaz, Pedraza HV, Chavarría RM, Estrada BA, Bazán BA, González GA, Portilla FV, Espinoza HR. Servicio de Cirugía de Trasplantes, Hospital Juárez de México SSA, México D.F.

Introducción: La colocación de catéter de diálisis peritoneal, blando, por parte del servicio de cirugía, ha presentado modificaciones con el paso del tiempo, y posteriormente se ha basado en la experiencia de cada cirujano, y las técnicas se han ido modificando hasta la actualidad, en que se han colocado por vía percutánea principalmente por los nefrólogos, las variantes van desde el sitio de incisión, si se fija a peritoneo, o a aponeurosis, y la localización del túnel subcutáneo, si se dirige hacia la derecha o hacia la izquierda, pero la técnica descrita por parte del servicio de trasplantes también tiene variantes, respecto a la clásica, y su disfunción se ha reportado como menor. **Reporte del caso:** La técnica se puede realizar con anestesia regional mediante bloqueo peridural o epidural, cuando las condiciones del paciente no son adecuadas, principalmente las cifras de uremia e hiperkalemia se encuentran muy elevadas se puede realizar con anestesia local, el paciente se coloca en decúbito dorsal, se realiza la antisepsia con técnica aséptica, se colocan campos estériles, se realiza incisión media infraumbilical de 4 cm, se diseña por planos, transrectal, se incide peritoneo parietal, se coloca jareta con crómico del 0, hasta ingresar a la cavidad abdominal, se introduce mediante pinzas de Foster el catéter siguiendo su memoria, (enrollado), y se dirige hacia la fosa iliaca izquierda y posteriormente a hueco pélvico, liberando el catéter, anclándose en ese sitio, posteriormente se cierra la jareta, y el primer cuff permanece subaponeurótico, se cierra aponeurosis con vicryl del 1 surget anclado, se verifica hemostasia, se realiza túnel subcutáneo y depende si el paciente es diestro o siniestro, la emergencia del catéter se dispone de esa manera, en línea horizontal a nivel infraumbilical, se cierra piel con nylon 3 celos, se verifica permeabilidad con entrada y salida de líquido de diálisis, se indica el inicio de diálisis después de 24 horas, para evitar su migración. **Conclusiones:** La técnica mostrada, a pesar de realizar una incisión mayor a la común, permite colocar con mayor seguridad y bajo visión directa el catéter hacia hueco pélvico, y su anclado al mismo, por lo que el riesgo de disfuncionalizarse se reduce, a menos que se presente introducción de epíplón al catéter, y que por ello migre, la técnica es segura, y ha presentado en nuestra experiencia mínimas complicaciones, comparado a la colocación percutánea de este tipo de catéter o en las que se realiza una herida de 2 cm, y la introducción es con el catéter extendido.

271

PRIMER TRASPLANTE RENAL EN EL ESTADO DE TLAXCALA

Víctor Hugo Portilla Flores. Servicio de Trasplantes, Hospital General Regional Lic. Emilio Sánchez Piedras. OPD Salud SSA, Tlaxcala Tlaxcala

Introducción: El trasplante renal, es una de los tratamientos actuales para la enfermedad renal terminal, que requiere de un equipo interdisciplinario para llevarlo a cabo. La complejidad en la técnica incluye el dominio de la cirugía general, urológica y vascular, por lo que es menester, que los nuevos programas de trasplante cuenten con el personal capacitado en el área, con

el conocimiento de los aspectos legales que implican a la práctica de los trasplantes en la República Mexicana. **Reporte del caso:** Se seleccionó a un paciente masculino de 23 años con su donadora (madre) de 42 años, bajo un programa y protocolo estricto de trasplante renal, cuya visión es la de atención a Población abierta, es decir, a familias de bajos recursos económicos. El protocolo incluye: estudios de laboratorio y gabinete, así como la interconsulta a diversas especialidades; cumplimiento de atención psicológica, mediante la aplicación de pruebas de medición de ansiedad y depresión hasta su resolución; atención por parte del servicio de Nutrición y preparación para el trasplante; Visitas domiciliarias y adaptación de las Condiciones de la Vivienda, por parte de Trabajo Social. Posteriormente sesión del Subcomité y Comité Hospitalario de Trasplantes y finalmente cumplimiento y firma de los documentos legales marcados por el Centro Nacional de Trasplantes para proceder al mismo. El día 16 de octubre del 2007 se realizó Nefrectomía izquierda; obteniendo con ello un riñón de dimensiones de 12 x 8 x 6 cm con arteria y vena renal única, así como sistema colector y uretero normales. Cirugía del receptor con abordaje para trasplante heterotópico derecho extraperitoneal, anastomosis término-terminal de arteria hipogástrica derecha a arteria renal. Anastomosis venosa latero-terminal de vena ilíaca externa derecha a vena renal y finalmente ureteroneocistostomía hacia la cúpula vesical tipo Gregoire-Lich. **Resultados:** El paciente evolucionó orinando a los tres minutos de la revascularización, con adecuada uresis en las primeras 24 horas de hasta 12 litros, con disminución gradual de la creatinina de 12.5 mg/l a 5 mg/l. El esquema de inmunosupresión utilizado fue de triple esquema con pulsos de metilprednisolona de 1 gr al día por tres días, con aplicación prequirúrgica de ciclosporina a 6 mg/kg/día dividido en dos dosis y azatioprina a 2 mg/kg/día. Actualmente el paciente se encuentra incorporado a su vida normal de estudiante y con niveles de creatinina de 1.1 mg/l, urea 25 mg%, hemoglobina de 13.5 y niveles de inmunosupresión normales. **Conclusiones:** El trasplante renal resulta ser en la actualidad el tratamiento que modifica la Calidad de vida para el paciente con enfermedad renal Terminal y que es posible realizarlo en Hospitales de Segundo Nivel y aún más importante con atención a la población desprotegida o abierta.

PÉRDIDA DE URÉTER DE INJERTO RENAL. RECONSTRUCCIÓN

Arnulfo Estrada Barbosa, Bazán BA, Portilla FV, González GA, Espinoza R, Hernández DJ, Pedraza HV, Chavarría RM. Servicio de Trasplantes, Hospital Juárez de México SSA, México D.F.

Introducción: La pérdida del uréter en paciente con trasplante renal de donador cadáverico con fistula urinaria es frecuente en relación al proceso de reacción inflamatoria periureteral, con estenosis y exclusión renal con evolución a hidronefrosis, pielonefritis, pielonefrosis y pérdida del injerto. **Reporte del caso:** Paciente femenina de 24 años, con Dx desde los 16 años, con evolución de glomerulopatía por lupus, hasta enfermedad renal terminal a los 22 años, con tratamiento sustitutivo a base de DPCA, con trasplante renal a los 23 años de donador cadáverico, evolucionando con presencia de estenosis de uréter con requerimiento de aplicación de catéter doble J en 2 ocasiones, requiriendo de exploración, reimplante vesicoureteral con técnica de Cohen, evolucionando con fistula ureterocutánea, con estenosis de uréter y pérdida total del mismo, se reinterviene y se realiza reconstrucción de la continuidad de vía urinaria con anastomosis de uréter intravesical, y pelvis renal en su cara lateral con movilización de vejiga y aplicación tutor con silastic en forma permanente por 6 meses. **Conclusiones:** La pérdida de la continuidad de la vía urinaria ante la presencia de proceso infeccioso, fuga urinaria, a nivel de injerto renal condiciona pérdida de la continuidad, la permeabilidad de la vía urinaria en relación a proceso infeccioso, a respuesta inflamatoria y a rechazo crónico del injerto, por lo que hay que tener alternativas de reconstrucción de la vía urinaria, rescate del injerto renal, preservación de función renal al máximo, permitir al paciente continuar orinando por uretra nativa, calidad de vida y evitar la realización de estomas por alto índice de pérdida del injerto asociado a aplicación de nefrostomías o estomas, y por alto índice de infecciones del mismo.