

CC01 Implante del primer resincronizador cardiaco en Costa Rica

Flory Cruz C, Vivien Araya G, Osvaldo Gutiérrez S, José Mainieri H, Marielos Arce M. Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia.

Objetivo: Se presenta el primer caso en Costa Rica de un implante de un resincronizador cardiaco como terapia de miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardiaca.

Material: Uno: Equipo OEC para control fluoroscópico. Dos: Maquina de anestesia Ohmeda. Tres: Programador-Analizador Medtronic modelo 9790C. Cuatro: Equipo para toracotomia anterior. Cinco: Resincronizador cardiaco y sus respectivos cables electrodo.

Métodos: Bajo anestesia general se realizo el primer implante de un resincronizador cardiaco. Mediante técnica percutanea se realizo la colocación de un cable ventricular pasivo en apex del ventrículo derecho y un cable arrial de fijación activa en la orejuela del atrio derecho. Se colocaron múltiples cables de diferentes características en diversos puntos de la circulación venosa cardiaca, sin obtener umbrales agudos adecuados ni estabilidad de los cables. Se decidió realizar el implante del tercer cable mediante toracotomia anterior, directamente al ventrículo izquierdo en su pared libre: sitio en donde se colocó un electrodo epicardico sin sutura y con fijación de tornillo. Se obtuvieron parámetros adecuados al finalizar el procedimiento.

Resultados: La paciente mejoro su clase funcional de acuerdo a la Asociación del Corazón de Nueva York (NYHA) de clase III a clase I, el periodo posterior al implante.

Los parámetros de Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo (por Eco cardiografía) y la caminata de la Prueba de Esfuerzo mejoró de 18-20% a 50-55% a las ocho semanas.

A caminata con protocolo de Bruce mejora de un minuto treinta segundos (I etapa) a 12 minutos (superó el 100% de la frecuencia cardiaca esperada) en la IV etapa.

Conclusión: Se tiene que tomar en cuenta la resincronización cardiaca como terapia coadyuvante ante ciertos casos de insuficiencia cardiaca.

CC02 Enfermedad de depósito de esteres de colesterol: reporte de un caso tratado con trasplante de hígado

Randall Quesada R, Ma Amalia Matamoros R, Gerardo A Mora B. Unidad de Trasplante, Hospital Nacional de Niños.

La deficiencia de lipasa ácida genera dos presentaciones clínicas diferentes: la Enfermedad de Depósitos de Esteres de Colesterol (EDEC) y la Enfermedad de Wolman. Son entidades raras que se han reportado en la literatura solamente 70 casos entre las dos variedades y se han tratado con trasplante de hígado solamente 4 casos.

Reportamos un caso de un paciente masculino de 12 años, vecino de Puriscal. A los 8 meses, inicia con diarrea crónica y hepato-esplenomegalia. A los 3 años se le realiza una biopsia hepática que demostró enfermedad de Wolman. Hace cuadro de colangitis en 3 ocasiones diferentes entre los 11 y 12 años de edad; presenta un deterioro progresivo de su función hepática tanto bioquímica como con manifestaciones de shunts intrapulmonares y acropaquias, indicándose un trasplante hepático, el cual se realiza el 1° de marzo de 2001. Durante la intervención se presentó sangrado por colaterales que requirió transfusión masiva. Como hallazgo quirúrgico se encontró que el hígado extraído era nodular grueso, anaranjado; coloración que la compartía con el intestino y epiplón. Buena evolución en el pos operatorio inmediato. Se extuba al segundo día. Los valores bioquímicos presentaron poca variación hasta el día 6. Los valores hematológicos fueron cayendo: leucocitos pasaron de 5030 a 720, las plaquetas de 55 000 a 18 000, el INR se mantuvo cerca de 2 durante todo la recuperación. Al día 6 presenta un sangrado cerebral intraventricular masivo, que finalmente lo lleva a muerte neurológica al día 7. En la autopsia se demostró calcificaciones suprarrenales y confirmó la hemorragia intraventricular.

En esta patología el desarrollo de la enfermedad es lento y su evolución es estable por mucho tiempo, esto pudo incidir en el resultado del trasplante, con una indicación tardía de trasplante las complicaciones serán mayores y el riesgo de muerte es mayor. En patologías infrecuentes se deberá delinear criterios acerca de indicación de trasplante temprano para evitar complicaciones posteriores.

CC03 Gastroquisis: Caracterización de factores de riesgo

A Lizano Contreras; E Castro Santa; Ma Amalía Matamoros R. Departamento de Cirugía, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera".

La gastroquisis es una de las patologías neonatales que representa una emergencia quirúrgica. En este estudio se pretende establecer los factores de riesgo relacionados con las complicaciones posquirúrgicas.

Se realizó un estudio retrospectivo revisando los expedientes de pacientes con gastroquisis desde enero de 1998 hasta agosto de 2001.

De los 26 pacientes 50% eran mujeres y 50% eran hombres. Del total, 17 (65.3%) presentaron complicaciones: 10 sepsis, 2 perforación intestinal, 3 obstrucción intestinal, 3 enterocolitis aguda necrotizante, 1 insuficiencia renal, 1 shock séptico y 1 fallo multisistémico. De estos, 47% fueron pretérmino comparados con 60% de los no complicados. El peso al nacer fue de 1285 a 2615 gramos (media 2280) en los complicados y de 1070 a 2780 gramos (media 2300) en los no complicados. La edad de la cirugía fue mayor de 8 horas en 47% de los pacientes complicados, comparado con 50% en los no complicados. En 76.5% de los complicados se realizó cierre primario comparado con 70% de los no complicados. La duración de la nutrición parenteral total fue de 14 a 60 días (media 27) en los complicados y de 13 a 21 (media 16) días en los no complicados. La estancia hospitalaria fue de 22 a 73 días (media 37.5) en los complicados y de 15 a 24 días (media 19) en los no complicados. La mortalidad en el grupo total fue de 7.7%.

Entre ambos grupos no hubo diferencias significativas en cuanto a: prematuridad, peso al nacer, edad a la cual se realizó la cirugía y tipo de cirugía inicial, en tanto que en el grupo de pacientes complicados hubo un aumento en la duración de la alimentación parenteral total y en la estancia hospitalaria.

Por lo tanto, en este grupo de pacientes no hubo evidencia de que factores como la prematuridad, edad del paciente en el momento de la cirugía y tipo de cirugía inicial tuvieran incidencia en los factores pronósticos de los pacientes.

CC04 Hamartoma fibroleiomatoso: Reporte de un caso y revisión de la literatura

José P Garbanzo, Sonia Salas, José C Barrantes. Servicio de Oncología, Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera".

Objetivo: El hamartoma fibroleiomatoso es un tumor benigno, de localización generalmente pulmonar, pudiendo ser solitarios o múltiples; es nuestro objetivo el presentar un caso de localización no antes descrita de esta patología.

Material y métodos: Nosotros reportamos un caso, el primero en la literatura de habla inglesa, con tumor multicéntrico, con origen en intestino delgado y pulmón.

Reporte del caso: Femenina de 10 años de edad que ingresó al Hospital Escalante Pradilla (HEP) con un cuadro de abdomen agudo y peritonitis. Se realizó ultrasonido abdominal que reportó una masa abdominal; fue llevada a sala de operaciones, encontrándose una invaginación ileocecocólica. Se practicó una resección intestinal con anastomosis término-terminal. La radiografía de tórax reveló una imagen radiopaca en tercio medio de pulmón derecho, redondeada, paracardíaca y de bordes poco definidos, por lo que se envía a nuestra institución para completar estudios y descartar proceso neoplásico. El TAC de tórax reportó una masa mediastinal y el ecocardiograma descartó relación de la masa con el pericardio. Se realiza toracotomía encontrándose una masa a nivel de lóbulo medio de pulmón derecho e hilio la cual se resecta por completo. La biopsia reportó Hamartoma Fibroleiomatoso, el cual fue también reportado en la pieza intestinal resecada en HEP. La paciente evoluciona favorablemente y se agresa.

Resultados: Ningún caso como este ha sido reportado en la literatura inglesa ni en la población pediátrica.

Conclusiones: El hamartoma fibroleiomatoso es un tumor benigno, que se origina generalmente en pulmones y puede ser único o multifocal. También se ha descrito su localización uterina en mujeres mayores de 30 años. La microscopía simple revela células en huso con espacios glandulares y tejido colágeno. Se cree que las células en huso provienen del músculo liso. Es importante el diagnóstico diferencial con otros tumores benignos tales como leiomiomas, fibromas, fibroleiomomas, leiomiomas metastásicos. El tratamiento consiste en la resección completa. Este caso muestra una localización no descrita anteriormente (intestino delgado).

CC07 Linfangiomatosis tóracoabdominal congénita

Roberto Esquivel M, Manuel Alvarado A, Fernando Alvarado A, Fernando Brenes P, Carlos Salazar V. Servicio de Cirugía, Hospital México.

Objetivos: Describir el curso clínico, los estudios radiológicos, las biopsias y los hallazgos de autopsia de un paciente con esta rara condición.

Material y Métodos: Un hombre de 26 años fue trasladado de un centro de referencia al Hospital México poco horas después de una laparotomía exploradora en agosto de 2000. Durante la cirugía se drenaron 2 litros de líquido lechoso, se seccionaron algunas bridas y se hizo una biopsia de uno de muchos “quistes blanquecinos” adheridos al mesenterio. Siete años antes se le había hecho otra laparotomía por apendicitis, durante la cual también se biopsió una masa mesentérica blanda. El paciente eventualmente hizo una gran hernia incisional y al repararse en el Hospital México, también se drenó abundante líquido ascítico quiloso. Posteriormente ingresó al Servicio de Medicina y finalmente a Cirugía. Aparte de la ascitis quilosa desarrolló un quilotórax derecho, el que luego se infectó y a pesar de múltiples intervenciones terapéuticas y quirúrgicas, abdominales y torácicas, murió en falla multi-orgánica.

Resultados: La linfangiografía nuclear mostró extravasación del isótopo en la cavidad abdominal y múltiples dilataciones a lo largo del conducto torácico y otra en la región supraclavicular izquierda y el TAC de tórax fue compatibles con un derrame pleural derecho, organizado y atrapamiento pulmonar derecho. Las biopsias tomadas durante las intervenciones abdominales mostraron adheridas al mesenterio numerosas dilataciones compatibles con linfangiomas.

En la autopsia en el abdomen había datos de peritonitis aguda y crónica, en el tórax gran dilatación del conducto torácico y numerosas estructuras quísticas, desde 0.5 a 4 cm de diámetro.

Conclusión: Se presenta un caso de linfangiectasia generalizada, principalmente afectando el abdomen y el tórax. La poca experiencia reportada debido a lo infrecuente de esta condición hace que el tratamiento no se haya definido con claridad. Nosotros ocluímos el conducto torácico a su ingreso al tórax y pensábamos derivar la ascitis quilosa a la vena yugular con un shunt valvulado de silástico. Desgraciadamente la sepsis nos ganó la partida.

CC08 Trasplante renal cadavérico comparación entre perfusión del órgano con solución de Wisconsin vrs solución Hospital Calderón Guardia

Mario Sánchez A. Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia.

Durante décadas se ha trabajado en la creación de una solución de perfusión adecuada que permita la mejor preservación del órgano recuperado para darle mejor mantenimiento y más chance de isquemia fría sin dañar el funcionamiento primario después del implante. Así se han elaborado soluciones como la Euro-Collins y la de la Universidad de Wisconsin. En nuestro hospital por costo se ideó usar una fórmula similar a la Euro-Collis preparada por la farmaceutica de la unidad de Nutrición Parenteral en acuerdo con los cirujanos del Servicio de Cirugía General.

De modo que el presente estudio retrospectivo tiene como objetivo analizar la utilidad de esta solución casera y comparar si es de costo beneficio para nuestro centro.

Al momento del estudio el hospital llevaba 180 trasplantes y se pudo analizar un 53% de la totalidad de los mismos. Siendo un 58% de cadáver y un 46% de donador vivo. La población analizada fue en ambos grupos un 50% de mujeres y un 50% de hombres con edades promedio de 34 años. En el grupo de S.W se incluyeron 16 ptes y en el de S.H.C.G. 38 ptes. Los diagnósticos no mostraron nada significativo. La Hb un promedio de 10 y la Creatinina un promedio de 10. La inmunosupresión a base de Sandimun, azatrioprina y esteroides. La diuresis pos trasplante en promedio en el grupo con SW de 2382 y el otro de 3837. Las complicaciones no dieron nada relevante para ningún grupo.

En cuanto a rechazo, hubo un 42 y 50% con SHCG y SW respectivamente, pero interesantemente en los 38 ptes perfundidos con solución casera hubo un 34% de necrosis tubular aguda y en el de SW solo un 11%, esto nos dio por supuesto que ese primer grupo tuvo una estancia de 19 días en comparación con 15 días en el otro grupo, lo que le da un promedio de 4 días más de estancia que es significativo en cuanto a costo. La sobrevida del injerto no varió importantemente y fue de 78% para SHCG y de 73 para SW.

Analizados estos datos nos confirman nuestra sospecha de que es mejor perfundir con una solución estandarizada y probada para tener menor necrosis tubular y por lo tanto menor estancia y costo. Que el costo mayor de una solución de éstas se paga con creces con el ahorro de estancia que tienen al final.

CC09 Sustitución del esternón por colgajo de recto abdominal: Una alternativa en la mediastinitis necrotizante

Edgar Méndez J, Alejandro Lev, Reynaldo Sánchez, Emilio Rojas, Eduardo Induni L. Hospital Clínica Bíblica.

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer la experiencia obtenida en la reconstrucción quirúrgica de una destrucción esternal total. La patología fue secundaria a un proceso de mediastinitis, en una paciente que no permitía una reconstrucción tradicional utilizando los pectorales mayores ya que había sido mastectomizada en forma bilateral por cáncer de mama utilizando la técnicas de resección del pectoral mayor en ambos lados. Como factor agravante, la paciente había sido sometida a irradiación coadyuvante y años más tarde, sometida a un triple by pass coronario. Cuatro años después de cirugía presenta trayecto fistuloso de mediastino a piel y un estudio tomó gráfico se le demuestra un absceso mediastinal en vías de crecimiento. A realizarse la exploración quirúrgica, se encuentra el proceso infeccioso diseminado a todo el mediastino secundario al cual se necrosa el esternón. Se lleva dos veces a sala de operaciones para limpieza del área, y finalmente se programa para reconstrucción del gran defecto que exponía el corazón o un col bajo de recto abdominal derecho de espesor total.

La evolución de la paciente ejemplifica el éxito que se puede tener en estos casos desesperados haciendo uso de técnicas ya descritas, y que permiten a un paciente una patología mortal tener una oportunidad que corrija el defecto, y le permita luchar contra el proceso infeccioso.

CC10 Valvuloplastia mitral: Reporte de un caso de reparación compleja de la válvula mitral

Edgar Méndez J, Eduardo Induni L, Manuel Alvarado A, Carlos Salazar V, Juan Pucci C, Fernando Zamora, Longino Soto P. Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México.

Se tiene como objetivo en el presente trabajo dar a conocer a la población médica la posibilidad de la preservación de la válvula mitral con técnicas de plastia valvular que permiten la preservación de estructura nativa y día a conocer las ventajas que esto conlleva.

Se revisa el caso de una paciente femenina de 36 años de edad valorada en el Servicio Cardiología del Hospital México por presentar insuficiencia mitral severa documentada eco cardio gráficamente, en donde las características anatómicas, así como la consistencia sospechada de la válvula hicieron que se considerara un caso adecuado para valvuloplastia. La paciente de llevadas a las operaciones en donde bajo circulación extracorpórea y arresto cardíaco se le practica atriectomía izquierda, realizándose una resección cuadrangular del velo parietal, una reimplante de cuerdas tendíneas, y la colocación de un anillo de anuloplastia mitral. Se documenta eco cardio gráficamente en sala de operaciones de la suficiencia valvular, lo que permite conservar la válvula nativa. La paciente se externa en el post operatoria No. 6 sin complicaciones. Se le realiza un nuevo eco cardiograma que revela insuficiencia mitral insignificante y la evolución de la paciente durante un seguimiento de tres años ha sido excelente. Este tipo de procedimiento no ha sido reportado en la literatura nacional por lo que se pretende llevar a la comunidad médica esta nueva modalidad de tratamiento cuyos resultados son excelentes en pacientes adecuadamente escogidos.

CC11 Síndrome de vena cava secundario a hematoma traumático organizado intrapericárdico: Reporte de caso

Eduardo Induni L, Manuel Alvarado A, Edgar Méndez J, Carlos Salazar V, Juan Pucci C, Longino Soto P. Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México.

Introducción: Se reporta un caso de hematoma intrapericárdico organizado con efecto de masa y compresión de vena cava.

Resumen del caso: Paciente masculino de 62 años, agricultor, sin antecedentes médicos relevantes, sufre un trauma por precipitación al caer de un árbol de 6 m de altura hacia 14 meses, sufriendo trauma craneal y torácico cerrado. Refiere que dos meses previo al ingreso el 23 de mayo de 2001, inicia disnea progresiva, así como edemas podálicos y distensión abdominal. Cíclicamente presenta derrames pleurales bilaterales con ascitis y distensión yugular con hepatomegalia. Radiológicamente se observa ensanchamiento mediastinal con una imagen de masa paracardiaca derecha. Ecocardiográficamente se determina masa en relación con atrio derecho de 9.5 x 4.5 cm que comprime ambas venas cavas, observándose gran dilatación proximal de las mismas y de venas suprahepáticas. El TAC realizado coincide con hallazgos de masa compresiva de origen probablemente traumática como hematoma organizado. El paciente es llevado a Sala de Operaciones dos días después ante el agravamiento de sus síntomas, determinándose a la esternotomía que la masa es intrapericárdica, se liberan ambas venas cavas y se reseca la porción anterior evacuándose contenido líquido. El ventrículo y atrio derecho muestran además una pericarditis constrictiva por lo que se reseca la coraza posterior sin documentarse comunicación con cavidades cardíacas. Se egresa a los 11 días postoperatorios. Completamente asintomático y sin datos clínicos de SVC.

Conclusión: Se presenta este infrecuente caso de sangrado intrapericárdico encapsulado, organizado de tipo traumático ya que la gran mayoría de sangrados en esta zona no forman trombos y evolucionan a taponamiento cardíaco temprano.

CC12 Síndrome de Seckel asociado a aneurisma de aorta ascendente e insuficiencia aórtica severa: Reporte de caso

Manuel Alvarado A, Carlos Salazar V, Eduardo Induni L, Edgar Méndez J, Juan Pucci C, Longino Soto P. Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital México.

Objetivos: Se describe el único caso de Síndrome de Seckel que evolucionó con insuficiencia aórtica severa y aneurisma Aórtico en el país.

Material y Métodos: Se trata de un paciente masculino de 23 años con un síndrome genético clasificado como un síndrome de Seckel en el HNN durante su infancia. Inicia con cuadro de disnea en clase funcional II, tos y dolor torácico atípico de predominio interescapular. Presenta en radiografías de tórax un ensanchamiento mediastinal por lo que se estudia con ecocardiografía y Tac documentándose anuloectasia severa con extensión hacia la pared Aórtica. Se refiere del Hospital Max Peralta a nuestro servicio para su corrección quirúrgica.

Conclusiones: El SS es un síndrome autonómico recesivo descrito por Mann, Russell y Seckel en 1960 y hay pocos casos reportados en la literatura mundial no encontrándose otro reporte de esta enfermedad en el país. Fenotípicamente presentan estatura corta, microcefalia, nariz prominente, clinodactilia y a nivel de falanges presentan ausencia de epífisis, hipoplasia proximal del radio y la fábula, tienen 11 pares de costillas, en hombres se presenta criptorquidea y ocasionalmente malformaciones de orejas, xifoesciosis severa, asimetría facial y retraso mental de grado variable. Pueden vivir hasta los 65 años. No está descrito en la literatura la presencia de anomalías cardiovasculares, como las descritas en el Síndrome de Marfán o Turner con alteraciones de la media aórtica en más del 60% de los casos. De ahí el interés en describir estos hallazgos en este tan inusual caso en nuestro país.

CC13 Revascularización cardiaca funcional vs revascularización anatómica: A propósito de un caso de siete by-pass coronarios

Edgar Méndez J, Eduardo Induni L, Manuel Alvarado A, Carlos Salazar V, Juan Pucci C, Fernando Zamora, Longino Soto P. Hospital México.

Se tiene como objetivo principal en este trabajo que dar a conocer la experiencia obtenida con la revascularización anatómica de los pacientes con enfermedad aterosclerótica coronaria. Se revisará la técnica quirúrgica empleada en este momento y se dará a conocer las ventajas de la misma.

Se implicará el caso de un paciente masculino de 65 años quien fue valorado en la sesión clínico quirúrgica considerándose candidato a cirugía con enfermedad de múltiples vasos. Eco cardio gráficamente el paciente presentaba una fracción de inyección del 45%, y se consideró la posibilidad de tener miocardio invernante debido a la extensa enfermedad coronaria que lo afecta. El paciente es llevado a Sala de Operaciones en donde se le realiza bajo circulación extracorpórea y arresto cardíaco siete bypass aortocoronarios. Las arterias revascularizadas son: primera, segunda, y tercera, marginal obtusa de la circunfleja, primera diagonal, descendente anterior, descendente posterior, y marginal aguda de la coronaria derecha. Se utilizó vena safena y arteria mamaria interna izquierda como material del puente, y se utilizó la técnica de anastomosis secuencial diamantina. El paciente evoluciona satisfactoriamente, y se egresa en el post operatoria No. 7. Se le realiza prueba de esfuerzo de la cual es completada al 95% sin datos de isquemia residual.

Una revisión amplia de la literatura ejemplificando la técnica quirúrgica con un caso único del país, que demuestra la eficacia de la revascularización anatómica, y como esta influye en la calidad de vida del paciente con enfermedad coronaria severa.

CC14 Resección bronquial en manga

Manuel Alvarado A,¹ Elliot Garita,² Carlos Salazar V,¹ Eduardo Induni L.¹ ¹Servicio de Cirugía Torácica y Cardiovascular, Hospital México; ²Hospital Clínica Bíblica.

Objetivo: Divulgar a la comunidad médica de otras especialidades una técnica quirúrgica reportada por Allison en 1952 (1). Mediante ésta en casos de neoplasias pulmonares lobares que involucren los bronquios principales, se reseca el lóbulo afectado y el segmento de *bronquio principal, reanastomosando luego los muñones proximal y distal salvando de esta manera uno o dos lóbulos y por supuesto evitando así la pneumonectomía.* La mortalidad operatoria de la pneumonectomía por carcinoma es alrededor del 6% (1). Allison en 1952 describió una técnica de resección que permite eliminar el tejido neoplásico y a la vez preservar el tejido pulmonar sano, sin comprometer los principios oncológicos. Se le conoce como lobectomía con “*broncoplastia*” o como resección en “*manga*”, se remueve el tejido pulmonar asiento del tumor y el segmento bronquial involucrado y luego se reanastomosan las porciones proximal y distal sanas, restableciendo la continuidad de la vía aérea y permitiendo la aireación del pulmón residual situado más allá de la neoplasia (2).

Métodos: Dos pacientes con adenocarcinoma del lóbulo superior derecho (LSD), fueron cuidadosamente evaluados por broncoscopia, tomografía axial y espirometría antes de la intervención. Ambos fueron informados del procedimiento planeado y consintieron al mismo. Las operaciones fueron realizadas por los autores y los especímenes quirúrgicos fueron enviados al Laboratorio de Anatomía-Patología para asegurarse de que los márgenes de resección estuvieran libres de tumor. Las anastomosis bronquiales fueron realizadas con polipropileno 3-0, telescopando los extremos. Postoperatoriamente, los pacientes fueron seguidos mediante evaluaciones clínicas y radiografías de tórax.

Casos clínicos: Un fumador de 46 años, con adenocarcinoma del lóbulo superior derecho (LSD), sin ganglios mediastinales y espirometría normal y una no fumadora de 65 años, con adenocarcinoma del LSD, también sin ganglios en el TAC y con buenas pruebas funcionales. Ambos fueron sometidos a toracotomía postero-lateral derecha y lobectomía del lóbulo superior removiendo el segmento del bronquio principal derecho invadido por el tumor y reanastomosando el extremo proximal del mismo al bronquio intermedio, o sea conectando nuevamente al árbol bronquial el lóbulo medio y el lóbulo inferior. Ambos evolucionaron bien y actualmente se encuentran asintomáticos.

Resultados: Ambos pacientes evolucionaron satisfactoriamente y fueron dados de alta una semana después de la intervención. Los lóbulos inferior y medio estaban normalmente expandidos.

Conclusión: Con frecuencia los cirujanos se enfrentan con pacientes con carcinoma broncogénico situado en posición tal, que para removerlo completamente debe quitarse también tejido pulmonar, no tumoral, por encontrarse éste, distal a la lesión. Es decir, la localización del tumor obliga a realizar resecciones pulmonares más extensas, aumentando la morbi-mortalidad y dejando al paciente más limitado de reserva respiratoria.

CC15 Neumotorax recurrente asociado a endometriosis

Eduardo Induni L, Carlos Salazar V, Manuel Alvarado A, Edgar Méndez J. Hospital México.

Femenina de 32 años. Antecedentes personales de HTA y endometriosis diagnosticada a los 22 años con laparotomía por abdomen agudo, ooforectomía derecha y 2 cirugías más para lisis de adherencias determinándose en la última en 1995 una "pelvis congelada". Se mantuvo en tratamiento con progestágenos de depósito, y gestágenos orales. Una semana posterior a un accidente de tránsito inicia cuadro de tos, disnea y dolor torácico documentándose en la radiografía de tórax un neumotórax total derecho, que se interpretó secundario a trauma. Se colocó sonda de toracostomía el 8 de febrero de 1999 persistiendo con fístula broncopleurales pequeña por 12 días que cerró espontáneamente. La paciente continuó con ciclos de gestágenos orales manifestando dolor torácico derecho cada vez que menstruaba al interrogarla retrospectivamente, documentándose radiológicamente con tres meses de separación, dos neumotórax del 10 y 5% respectivamente que se manejaron conservadoramente, expandiendo completamente. El 15 de enero de 2000 la paciente es ingresada nuevamente con un neumotórax total derecho y fístula broncopleurales por lo que se realiza una toracotomía derecha para pleurodesis y posible bulectomía. Durante el transoperatorio se encuentran múltiples adherencias, un nódulo pardo en lóbulo inferior de 0.9 cm y se documentan tres orificios en la cúpula diafragmática el mayor de ellos de 1.9 cm con bordes friables color café, y los otros dos de espesor parcial, observándose como zonas pardas adelgazadas entre el músculo del diafragma. Se realizó una resección en bloque del diafragma con reparación posterior y pleurodesis. Las biopsias reportaron endometriosis tanto de la lesión del lóbulo inferior así como en las diafragmáticas. La paciente evolucionó en forma satisfactoria sin recidivas a la fecha. El reporte de este caso, recuerda una vez más al neumotórax catamenial, negado por muchos pero que nos obliga a descartar como causa muy rara de neumotórax en mujeres jóvenes.

CC16 Endocarditis de cámaras derechas en un paciente con derivación ventrículo atrial por hidrocefalia congénita

Manuel Alvarado A, Eduardo Induni L, Edgar Méndez J, Carlos Salazar V, Juan Pucci C, Longino Soto P. Hospital México.

Objetivos: Describir el curso clínico y los hallazgos ecocardiográficos y operatorios.

Material y Métodos: En enero del 2001, un adolescente de 16 años, con leve retardo mental, fue trasladado a este centro con el diagnóstico de "hidrocefalia, derivación ventrículo atrial, descartar endocarditis".

Resultados: El paciente ingresó con temp. de 39 C. Sin signos meníngeos. El ecocardiograma mostró un trombo intra-atrial derecho, de unos 4x3x2 cms. el cual rodeaba el catéter de la derivación, que drenaba en esta cavidad. Con base en los datos mencionados se intervino. A través de una esternotomía media longitudinal, se colocó bajo circulación extracorpórea. Al abrir el atrio derecho se encontró un trombo en la pared posterior y superior del mismo (5x3x2 cms.), involucrando el extremo distal del catéter, pero la válvula era morfológicamente normal. Se extrajo el trombo y se seccionó el catéter tan alto como se pudo por esta vía.

Los cultivos tanto del catéter como del trombo dieron positivos por *Staphylococcus aureus*. La evolución postoperatoria hemodinámicamente fue buena, y luego el Servicio de Neurocirugía, 12 días después, realizó una nueva derivación de los ventrículos cerebrales al canal espinal. Desafortunadamente, secundario a trastornos de la coagulación, el paciente hizo un sangrado intraparenquimatoso cerebral y falleció.

Conclusión: La endocarditis infecciosa es mucho más frecuente en válvula nativa y en un 80% de los casos con lesión cardíaca predisponente, como la cardiopatía reumática, hasta en un 40% en cardiopatías congénitas y en un 20% la aorta bicúspide. La endocarditis derecha es muy infrecuente, y se debe sospechar en drogadictos que emplean drogas endovenosas, pacientes con cuerpos extraños como catéteres, electrodos de marcapasos, y que deben ser retirados con urgencia ante la presencia de endocarditis derecha. En nuestro caso el catéter de la derivación ventrículo atrial era el causante del proceso séptico endocárdico por lo que se procedió al abordaje quirúrgico de emergencia, siendo el primer caso en nuestro servicio en 30 años.

