

COMPENDIO CURRICULUM VITAE.

DATOS PERSONALES.

Nombre: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz.
Edad: 39 años
Sexo: Masculino.
Fecha de nacimiento: 21 de noviembre de 1965.
Lugar de nacimiento: México, D.F.
Domicilio actual: La soledad # 130 Casa 18
Col. San Nicolás Totolapan.
C.P. 03020
México, D.F.
Domicilio Consultorio:
Hospital Angeles del Pedregal.
Camino a Santa Teresa 1055
Torre Especialidades Quirúrgicas Consultorio 676
Col. Héroes de Padierna. C.P. 10770
Tel. 56-52-70-70, 51350067.
RFC. VISE 651121S93
Radio Localizador: 52-30-30-30 cve 14356
Tel celular. 044 55 54 33 34 22
Cedula Profesional: 1691382
Estado Civil: casado

ESTUDIOS

Licenciatura Médico Cirujano:
1985-1991
Escuela Mexicana de Medicina
Universidad La Salle, D.F.
Fuentes # 14 Tlalpan.
Residencia en Cirugía General:
01 de marzo de 1992 a 28 de febrero de 1995.
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G"
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.
Certificado Consejo Mexicano de Cirugía General:
15 de julio de 1995. Número 1709
Recertificado 01 de julio de 2000 Número 1709
Residencia en Colo-Proctología:
01 de marzo de 1995 a 28 de febrero de 1997.
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G"
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

Certificado por el Consejo Mexicano de Especialistas en Enfermedades del Colon y Recto.
01 de abril de 1997

Número 149.

Recertificado 15 de Febrero de 2003

Autorización para ejercer la especialidad de Cirugía General. (DGP)
AE-007105

Autorización para ejercer la especialidad de Colo-Proctología. (DGP)
AE-010410

Reconocimientos: OCHO

Actividades Docentes:

Profesor titular del curso de especialidad en Colo-Proctología.
UNAM.

01 de marzo de 1999, a 28 de febrero de 2005.

Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G"
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

Participación en 36 cursos.

Asistencia a cursos y congresos: cincuenta y dos.

Trabajos presentados en congresos: ciento cuarenta y seis.

Experiencia laboral: Médico de Base del Servicio de Cirugía de Colon y Recto.
12 de junio de 1997, a la fecha.
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G"
Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS.

Practica privada en el Hospital Angeles del Pedregal y
Hospital Metropolitano.

PUBLICACIONES.

1.) Adenomas Colónicos : Factores de Riesgo para su Malignización.
Rev Gastroenterol Méx, Vol. 61, núm.3, 1996.

2.) Colitis Quística Profunda, Informe de un caso.
Rev Gastroenterol Méx, Vol.62, núm.1, 1997.

3.) Imágenes Clínicas en Gastroenterología ; Enfermedad de Crohn.
Rev Gastroenterol Méx, Vol.63, núm.1, 1998.

- 4.) Tratamiento Médico del Estreñimiento en el Paciente Anciano.
Rev Méd. La Salle. 19(1) :1-8 1998.
- 5.) Patologías anorrectales en pacientes VIH positivo. Estudio Prospectivo.
Rev Gastroenterol Mex 1998;63(2):89-92
- 6.) Imágenes Clínicas en Gastroenterología ; Leiomiosarcoma de Ileon Terminal.
Rev Gastroenterol Méx, Vol.63, núm.3, 1998.
- 7.) Tumor Estromal Maligno de Colon Transverso. Reporte de un caso.
Rev Gastroenterol Méx, Vol.64, núm.1, 1999.
- 8.) Imágenes Clínicas en Gastroenterología. Hamartoma Anal.
Rev Gastroenterol Méx, Vol. 64, núm.1, 1999.
- 9.) Enfermedad de Hirschsprung ; Revisión de la Literatura.
Rev Cirujano General.
Vol. 21, número 3 Julio – Septiembre 1999.
- 9.) Tratamiento Quirúrgico de la Enfermedad Diverticular Complicada.
Rev Cirujano General. Vol 22, núm 2 Abril Junio 2000.
- 10.) Neoplasias Sincrónicas en Cáncer Colorrectal.
Rev Gastroenterol de Méx. Vol 65, núm 2, 2000.
- 11.) Imágenes Clínicas en gastroenterología. Tumor retrorectal.
Rev Gastroenterol de Méx. Vol 65, núm 2, 2000.
- 12.) Imágenes Clínicas en gastroenterología. Cáncer Colorrectal sincrónico.
Rev Gastroenterol de Méx. Vol 65, núm 2, 2000.
- 13.) La colonoscopia. Análisis de 2,000 procedimientos.
Rev Gastroenterol de Méx. Vol 65 núm 3, 2000.
- 14.) Cirugía Anorrectal en Pacientes HIV Positivos.
Rev Gastroenterol de Méx. Vol 65, Núm 4, 2000.
- 15.) Aspectos Generales en el manejo quirúrgico de las heridas por asta de toro en el valle de México 1997-2000. Reporte de 42 casos.
Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología.
Vol 14, Núm 4 Julio-Agosto 2000. (302-8)
- 16.) Infección grave de tejidos blandos. Secundaria a herida por asta de toro.
Reporte de un caso.
Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología.
Vol 14, Núm 4 Julio-Agosto 2000. (354)

- 17) Imágenes Clínicas en gastroenterología Cuerpos extraños en recto.
Rev Gastroenterol de Méx. Vol 66, Núm 1, 2001
- 18) Imágenes Clínicas en Gastroenterología. Divertículo de Meckel.
Rev Gastroenterol de Méx. Vol 66, Núm 1, 2001
- 19) Imágenes Clínicas en gastroenterología. Tumor Estromal de ileon.
Rev Gastroenterol de Méx. Vol 66 Núm 2, 2001
- 20) Megacolon Tóxico secundario a colitis pseudomembranosa. Reporte de un caso.
Rev Gastroenterol de Méx. Vol 66 Núm 3, 2001
- 21) Linfoma primario de Colon.
Rev Gastroenterol de Méx. Vol. 67 Núm 1, 2002.
- 22) Ulcera Rectal Solitaria.
Rev Gastroenterol de Mex. Vol 67, Núm 1, 2002.
- 23) Manejo del aneurisma de aorta abdominal y carcinoma colorectal concomitante.
Revisión de la literatura y reporte de cuatro casos.
Rev Mexicana de Angiología. Vol 30 Núm. 2002
- 25) Endoanal sonography in assesment of fecal incontinence following obstetric trauma.
Ultrasound Obstet Gynecol 2003;22:616-621
- 24) Endoanal sonography in the .assesment of perianal endometriosis with external anal sphincter involvement
J Clinical Ultrasound vol 30 no 4 amy 2002
- 26) Colonic tuberculosis.
Dig Dis Sci. 2002 sep;47(9):2045-8
- 27) Experience in manamegent of Fourniere Gangrene.
Tech coloproctol (2002) 6:5-13
- 28) Helicoidal sutere: Alternative treatment for complete rectal prolapse in hig risk patients.
Int J Colorectal Dis (2003) 18:45-49
- 29) Tratamiento quirúrgico del prolapso rectal completo. Experiencia de un servicio de Colon y Recto.
Rev Gastroenterol Mex 2003 jul-sep;68(3):185-91
- 30) Manejo quirúrgico de la colitis ulcerativa crónica inespecífica. 5 años de experiencia.
Rev Gastroenterol Mex 2002 jul-sep;67(3):179-85

31) Infiltración leucémica perianal. Presentación de un caso.
Rev Gastroenterol Mex 2002 jul-sep;67(3):199-201

32) Colitis isquémica secundaria a aneurismectomía de aorta abdominal.
Rev Gastroenterol Mex 2002 jul-sep;67(3):171-8

33) Megacolon Tóxico por colitis pseudomembranosa. (imágenes Clínicas en Gastroenterología)
Rev Gastroenterol de Mex Vol69, Núm 3, 2002

34) Estadificación y seguimiento del cáncer de recto por ultrasonido endorrectal.
Anales de Radiología México 2004;1:23-27

CAPITULOS DE LIBRO ESCRITOS.

Colon, Recto y Ano.

Capítulo 48,
Trastornos del piso pélvico, páginas 339-43.
JGH Editores, S.A. de C.V.
ISBN 970-681-032-3.
Primera edición. México, D.F.

Colon, Recto y Ano.

Capítulo 42,
Colostomía y sus complicaciones, páginas 297-300.
JGH Editores, S.A. de C.V.
ISBN 970-681-032-3.
Primera edición, México, D.F.

COLON, RECTO Y ANO. Enfermedades Médico Quirúrgicas.

Capítulo 55
Colitis quística Profunda.
Editores de Textos Mexicanos.
ISBN 968-5610-01-0
Primera Edición, México D.F.

COLON, RECTO Y ANO. Enfermedades Médico Quirúrgicas.

Capítulo 56
Endometriosis Colorrectal.
Editores de Textos Mexicanos.
ISBN 968-5610-01-0
Primera Edición, México D.F.

ASESORIA DE TESIS.

20 Tesis de Subespecialidad y una de especialidad.

SOCIEDADES.

- Socio Adscrito de la **Sociedad Mexicana de Coloproctología.**
A partir del 19 de Marzo de 1997.

- **Miembro Activo del Cuerpo Médico de la Asociación Nacional de Matadores de Toros, Novillos, Rejoneadores y Similares.**
A partir del 13 de Septiembre de 1997.

- Miembro Asociado de la Sociedad Médica de Médica Sur.
A partir del 10 de Marzo de 1998.

- Miembro del **Colegio Médico Lasallista.**
A partir del 25 de Abril de 1998.

- Socio Activo de la **Asociación Mexicana de Cirugía General.**
A partir del 02 de Agosto de 1999.

- **Sociedad Médica del Hospital Metropolitano. (Grupo Angeles).**
A partir del 03 de Agosto de 1999.

- **Sociedad Médica del Hospital Angeles del Pedregal.**
A partir del 1° de Enero del 2000.

- **Sociedad Médica del Hospital de Especialidades.**
Centro Médico Nacional Siglo XXI.
A partir de Febrero del 2000.

- **Secretario** del Consejo Mexicano de Especialistas en Enfermedades del Colon y del recto
AC en el bienio 2001-2003

_ **Secretario** de la Sociedad Mexicana de Coloproctología AC en el bienio 2001.2002

Presidente de la Sociedad Mexicana de Coloproctología A.C.
Bienio 2005-2006

"G" No. 288849



En nombre de los Estados Unidos Mexicanos y como Juez del Registro Civil en el Distrito Federal certifico que en el archivo de este Juzgado se encuentra un acta del tenor siguiente:

RC-5

JUZGADO	LIBRO	FOJA	AÑO DE REGISTRO
11	31	176	1965

ESPECIALIDADES
SIGLO XXI

DEPARTAMENTO
Partida Núm. 176 DEL
DISTRITO FEDERAL

ciudad de México y
vino Villanueva
Saez Eduardo

En México Distrito Federal, a las trece cuarenta horas del día veintiseis de noviembre de mil novecientos sesenta y cinco ante mí Anatolio Saldaña Sánchez Oficial del Registro Civil, comparece la señora María del Socorro Saez y presenta privado a el niño Eduardo Villanueva Saez que nació a las dieciseis veinte horas del día veintiseis de noviembre de mil novecientos sesenta y cinco en Acueducto 20, de esta ciudad

PADRES

Nombres: Eduardo Villanueva María del Socorro Saez
Edad: cuarenta años veintisiete años
Ocupación: abogado hogar
Nacionalidad: mexicana
Domicilio: Calle 18-17-95-2

ABUELOS PATERNOS

Nombres: Luis Roberto Villanueva Sara Fonseca
Domicilio: Leon Guaymas

ABUELOS MATEROS

Nombres: José Saez Guadalupe Arriaga
Domicilio: jurado jurado

TESTIGOS

Nombres: Sara Cuevas Lina Ramírez
Edad: treinta y dos años treinta años
Ocupación: empleada empleada
Domicilio: Acueducto 20

Los testigos declaran que los padres privado presentados son de Nacionalidad: mexicana la compareciente que tiene su domicilio en el lugar citado

Leida la presente acta la ratificaron y firman los que saben: Doyle

A Villanueva



La Universidad Nacional Autónoma de México



otorga
Eduardo Villanueva Sáenz
el título de
Médico Cirujano

*en virtud de haber terminado los estudios en la
Universidad La Salle A.C.
institución con enseñanza incorporada a la U.N.A.M.
conforme a los planes autorizados por el H. Consejo
Universitario y haber sido aprobado en el examen
profesional que sustentó el día 15 de julio
de 1990, según consta en esta Universidad.*

*Por mi Raza, hablará el Espíritu
Ed. Universitaria, México, D. F., a 2
de abril de 1992.*

El Rector General

El Rector

Dr. José Luis Rodríguez

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES

1691382

EN VIRTUD DE QUE EDUARDO
VILLANUEVA SAENZ

CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGI-
DOS POR LA LEY REGLAMENTARIA DEL
ARTICULO 51 CONSTITUCIONAL EN
MATERIA DE PROFESIONES Y SU REGLA-
MENTO SE LE EXPIDE LA PRESENTE

CEDULA

CON EFECTOS DE PATENTE
PARA EJERCER LA PROFESION DE

MEDICO CIRUJANO

MEXICO DIA 18 DE MAY DE 1922

EL DIRECTOR GENERAL DE PROFESIONES
JOSE EDUARDO C. ALMEYDA A.

CEDULA 1691382

TITULO Al69
DEL LIBRO 028-38
REGISTRADO A FOJAS

DE REGISTRO DE PROFESIONES Y
GRADOS



SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA
DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES
MEXICO DIA 18 DE MAY DE 1922

FIRMA DEL INTERESADO
[Signature]



La Universidad Nacional Autónoma
de México



otorga a
Eduardo Villanueva Sáenz
el diploma de especialidad en
Cirugía General

*en atención a que demostró tener hechos los estudios
conforme a los planes autorizados por el Consejo
Universitario y habersido aprobado en el examen
final del curso de especialización que sustentó el día
12 de junio de 1995 según constancias
archivadas en la misma Universidad.*

Por mi Raza hablará el Espíritu
Dado en la ciudad de México, Distrito Federal,
el día 19 de septiembre de 1996.

142-80

El Secretario General -

J. Fortuacel

Dr. Jaime Martuscelli Quintana

El Rector

Dr. José Sarukhán

Ciudad Universitaria D.F.

anotado a folios 134 del

libro respectivo

Firma del interesado

El Director General de
Administración Escolar

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES

REGISTRADO A FOJAS 134

DEL LIBRO XV C. F. ESPECIALIDADES

BAJO EL NUMERO I

Y AUTORIZACION No. AE-007105

MEXICO, D.F. A 30 DE OCTUBRE DE 1996.

EL REGISTRADOR



S. E. P.

DIRECCION GENERAL DE PROFESIONES
DEPARTAMENTO DE AUTORIZACIONES

LIC. RA. ANTONIETA DE CASO DELCADO



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

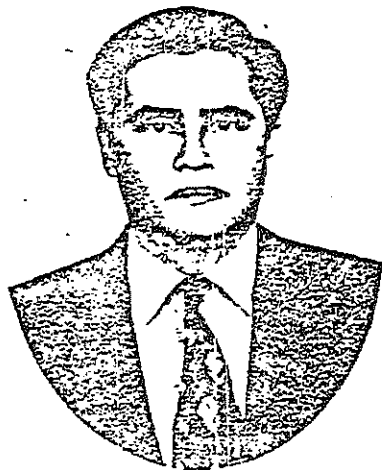
SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR E
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES

AUTORIZACIÓN NO. AE-007105

M.C. EDUARDO VILLANUEVA SÁENZ
PRESENTE.

En relación a la solicitud que usted presentó, para ejercer la especialidad en CIRUGÍA GENERAL, se ha dictado un Acuerdo cuyo texto es el siguiente:



ACUERDO.- Visto el dictamen que antecede y conforme a lo previsto en los numerales 5º y 23º fracción III de la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal y toda vez que el interesado posee el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

y la cédula número 1691382 con efectos de patente para el Ejercicio Profesional, en virtud de que ha acreditado haber cursado los estudios previstos, en los planes correspondientes a la especialidad de referencia, procede expedir a su favor:

AUTORIZACIÓN PARA EJERCER LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGÍA GENERAL

En consecuencia hágase la inscripción respectiva.

La presente quedó debidamente registrada en el Libro XV de Autorizaciones Definitivas.

México, D.F., 30 de octubre de 1996.

"SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN"

DIRECTOR DE AUTORIZACIÓN
Y REGISTRO PROFESIONAL

LIC. ROBERTO SANJOVAL HERNÁNDEZ

MACD-1.



La Universidad Nacional Autónoma de México



otorga a
Eduardo Villanueva Sáenz
el diploma de especialidad en

Coloproctología

*en atención a que demostró tener hechos los estudios
conforme a los planes autorizados por el Consejo
Universitario y haber sido aprobado en el examen
final del curso de especialización que sustentó el día
20 de marzo de 1997 según constancias
archivadas en la misma Universidad.*

Por mi Raza hablará el Espíritu
Dado en la ciudad de México, Distrito Federal,
el día 18 de junio de 1998. 241-89

El Secretario General

Mtro. Xavier Cortés Rocha

El Rector

Dr. Francisco J. Barrón de Castro

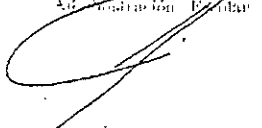
Colección Universitaria, D. E.

a 18 de junio de 1998
anotado a fojas 241 del
libro respectivo. 89

Firma: 

El Dir. General de

Administración Escolar


Lic. Leopoldo Silva Gutiérrez

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

DIRECCIÓN GENERAL DE PERMISIONES

NÚMERO 239

XXIII DE ESPECIALIDADES


0 I

NÚM. AB-010410

FECHA 15 DE JULIO DE 1998

ELABORADOR

S. E. P.


SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN

LIC. MA. ANTONIETA DEL CASO DELGADO

76217



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN SUPERIOR E
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES.

AUTORIZACIÓN NO. AE-010410

M. C. EDUARDO VILLANUEVA SÁENZ.
PRESENTE.

En relación a la solicitud que usted presentó, para ejercer la especialidad en COLOPROCTOLOGÍA, se ha dictado un Acuerdo cuyo texto es el siguiente:



ACUERDO.- Visto el dictamen que antecede y conforme a lo previsto en los numerales 5° y 23° fracción III de la Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal y toda vez que el interesado posee el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

y la cédula número 1691382 con efectos de patente para el Ejercicio Profesional, en virtud de que ha acreditado haber cursado los estudios previstos, en los planes correspondientes a la especialidad de referencia, procede expedir a su favor:

AUTORIZACIÓN PARA EJERCER LA ESPECIALIDAD EN
COLOPROCTOLOGÍA

En consecuencia hágase la inscripción respectiva.

La presente quedó debidamente registrada en el Libro XXIII de Autorizaciones Definitivas.

México, D.F., 15 de julio de 1998.

"SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN"

DIRECTOR DE AUTORIZACIÓN
Y REGISTRO PROFESIONAL

LIC. ROBERTO SANDOVAL HERNÁNDEZ

MADC*gra

6
5



EL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGÍA GENERAL, A.C.

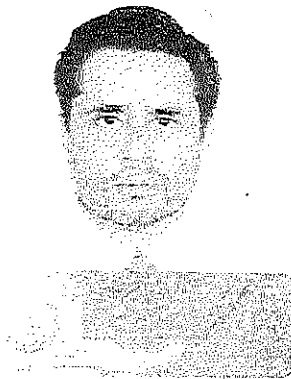
extiende el presente

CERTIFICADO

como

ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

AL:



Dr. Eduardo Villanueva Saenz

en virtud de haber demostrado la competencia
requerida para el ejercicio de la especialidad
en los Estados Unidos Mexicanos

Vigencia de: 16 de Enero de 2017 a 01 de Enero de 2022

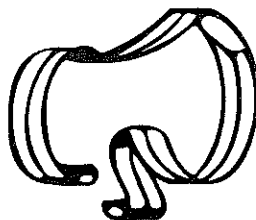
2017 - 2022


Dr. Héctor F. Noyola Villalobos
Presidente del Consejo


Dra. María Graciela Zermeno Gómez
Responsable del Proceso de Evaluación


Dr. Onofre Muñoz Hernández
*Presidente del Comité Normativo Nacional
de Consejos de Especialidades Médicas*

Ciudad de México, 16 de Enero de 2017



EL CONSEJO MEXICANO
DE ESPECIALISTAS
EN COLOPROCTOLOGÍA A.C.

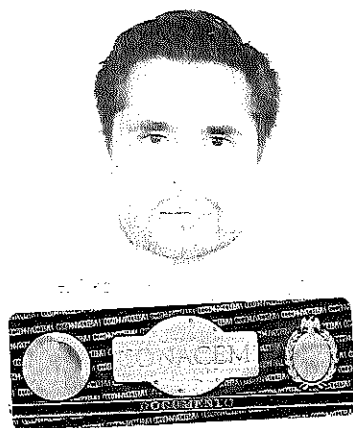
extiende el presente

CERTIFICADO

como

ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA

AL:



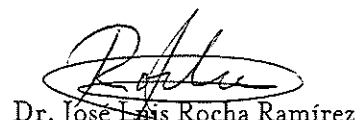
Dr. Eduardo Villanueva Sáenz

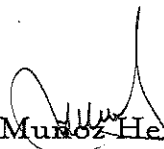
en virtud de haber demostrado la competencia
requerida para el ejercicio de la especialidad
en los Estados Unidos Mexicanos

Vigencia de: 01 de Marzo de 2018 a 28 de Febrero de 2023

2018 - 2023

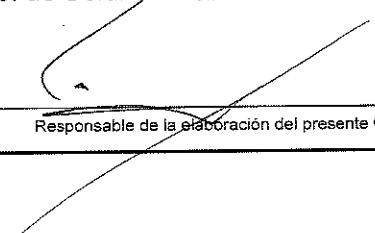

Dr. Moisés Freddy Rojas Illanes
Presidente del Consejo


Dr. José Luis Rocha Ramírez
Responsable del Proceso de Evaluación


Dr. Onofre Muñoz Hernández
Presidente del Comité Normativo Nacional
de Consejos de Especialidades Médicas

Ciudad de México, 01 de Marzo de 2018

Con fecha 01 de Marzo de 2018,
quedó inscrito a fojas 35 del libro 1,
de Certificaciones de este Consejo.
No. de Certificado 149



Responsable de la elaboración del presente Certificado

Dr. Eduardo Villanueva Sáenz
Presente.

A nombre del Sr. Rector de la Universidad La Salle, Dr. Enrique Alejandro González Álvarez, y a propuesta de esta Dirección, se le ha designado Profesor Titular de la Especialidad de:

Cirugía General

Durante el periodo comprendido del 1° de marzo del 2017 al 28 de febrero del 2018.

La Facultad Mexicana de Medicina espera contar con su entusiasta colaboración.

Atentamente
"Indivisa Manent"



Dra. María Guadalupe Castro Martínez
Directora

Adenomas Colónicos: Factores de Riesgo para su Malignización

Dr. José Luis Rocha Ramírez,* Dr. Juan Pablo Peña,* Dr. Jaime Ramón Franco Gutiérrez,*
Dr. Eduardo Villanueva Sáenz*

*Departamento de Cirugía de Colon y Recto, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Correspondencia: Dr. José Luis Rocha Ramírez. Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. Avenida Cuauhtémoc Núm. 330, col. Doctores, C.P. 06720. México, D.F. México.

ANTECEDENTES La mayoría de los cánceres colorectales se desarrollan en pólipos adenomatosos; su detección y extirpación previene el cáncer colorrectal. Varias características de los adenomas, como: número, tamaño, morfología, variedad histológica y grado de displasia, se han considerado como factores de riesgo para su malignización. **Objetivos:** Conocer la frecuencia de los adenomas colorrectales y los principales factores de riesgo para su malignización. **Métodos:** Se analizaron retrospectivamente los hallazgos endoscópicos de 846 colonoscopias realizadas en nuestro servicio entre 1989 y 1994, registrándose los pacientes con pólipos colorrectales, así como las características de los adenomas, para determinar los factores de riesgo para su malignización. **Resultados:** Se encontraron 183 (21.6%) pacientes con 322 pólipos colorrectales; sólo se estudiaron 214 extirpados por polipectomía transcolonoscópica; 120 (57%) fueron pólipos neoplásicos, y 94 (43%) no neoplásicos; entre los neoplásicos, 100 (83.4%) fueron adenomas tubulares, 11 (9.1%) adenomas tubulovillosos y 9 (7.5%) adenomas villosos. Se encontraron 16 (7.4%) adenomas con carcinoma, 14 (87.5%) de ellos en pacientes mayores de 50 años y en pólipos mayores de 1 cm ($p < 0.040$); 11 (68.7%) fueron sésiles, con una $p < 0.001$. **Conclusiones:** Los adenomas tubulares son los pólipos neoplásicos más frecuentes. La edad del paciente, el tamaño y morfología del pólipo, son los factores de riesgo significativamente estadístico para la malignización de los adenomas.

Palabras clave: Pólipos, adenomas, carcinoma, colonoscopia.

BACKGROUND Almost all colorectal cancers develop from adenomatous polyp, its detection and resection prevent the malignization. Several adenoma characteristics like: number, size, morphology, histologic type and grade of dysplasia have become considered as malignization risk factors. **Aims:** This study was designed to determine the frequency of colorectal adenoma and the principal risk factors for malignization. **Methods:** Between June of 1989 and July of 1994, 846 colonoscopies were performed and retrospectively analyzed in the same number of patients. The patients with colorectal polyps were chosen for the analysis of this study as well all the polyps characteristics, to determine the risk factors for malignization. **Results:** There were 183 patients (21.6%) with 322 colorectal polyps. Of all of them, only 214 (66.4%) underwent colonoscopy snare resection and were studied; 120 (57%) were neoplastic polyps and 94 (43%) non neoplastic; among those neoplastic polyps, 100 (83.4%) were tubular adenomas, 11 (9.1%) were tubulovillous adenomas, and 9 (7.5%) were villous adenomas. We found 16 (7.4%) polyps with adenocarcinoma, 14 (87.5%) were found in patients older than 50 years of age and in polyps larger than 1 cm in diameter ($p < 0.040$). Eleven (68.7%) were sessile ($p < 0.001$). **Conclusions:** After the evaluation of polyps, the tubular adenomas were the neoplastic polyps more frequently found. In this particular study, the patient age, polyp size and morphology were the more statistically significant risk factors for malignization in our patient group.

Key words: Polyps, adenomas, carcinoma, colonoscopy.

Colitis quística profunda. Informe de un caso

Dr. Eduardo Villanueva Sáenz,* Dr. Juan Pablo Peña R-E,** Dr. José Luis Rocha Ramírez*** Dr. Francisco Javier Barrientos C.****

* Residente de segundo año, subespecialidad de cirugía de colon y recto. ** Jefe de departamento de cirugía de colon y recto. *** Médico adscrito al departamento de cirugía de colon y recto. **** Proctólogo-colonoscopista. Hospital de Oncología.

Correspondencia: Dr. Juan Pablo Peña R-E. Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. Avenida Cuauhtémoc Núm. 330, Col Doctores, C.P. 06720. México, D.F. Tels 519-43-61 y 627-69-00 ext. 1320.

RESUMEN Objetivo: Presentar una patología no informada previamente en la literatura nacional. **Antecedentes:** La colitis quística profunda (CQP) es una entidad benigna, rara y con una etiología desconocida. Hasta la fecha se han documentado 148 casos en la literatura mundial. Se define histológicamente como la obliteración de la lámina propia por fibroblastos y presencia de quistes submucosos. Se presenta en formas localizada, segmentaria o difusa y asociada a otras entidades como la úlcera rectal solitaria, el prolapso rectal, alteraciones del piso pélvico, etc. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico según la severidad de sus manifestaciones. **Método:** Se revisa un caso de CQP y el tratamiento efectuado. **Resultado:** Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de CQP del tipo localizado, cuyo síntoma principal fue la secreción mucosa transanal con exploración física en la que se encontró una formación polipoidea sésil, submucosa a 8 cm del margen anal, que fue tratada con resección quirúrgica y tuvo una evolución satisfactoria. **Conclusiones:** La CQP debe sospecharse en pacientes con alteraciones del piso pélvico o de la contracción del haz puborrectal e intususcepción sigmoide-rectal. El tratamiento puede ser médico con alto porcentaje de falla siendo el quirúrgico el óptimo.

Palabras clave: Colitis quística profunda.

INFORME DEL CASO

Paciente femenino de 35 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de importancia, que ingresa al hospital por un cuadro clínico de tres años de evolución caracterizado por distensión, dolor abdominal tipo cólico, pujo, tenesmo rectal y secreción mucosa transanal. En la exploración proctológica se encontró la piel perianal sin alteraciones, los reflejos presentes y normales, sin evidencia de secreciones. Al tacto rectal el tono esfinteriano en reposo y dinámico fue adecuado, con

SUMMARY Objective: To present a pathology not previously informed in national literature. **Background:** Colitis cystica profunda (CCP) is a rare benign entity and with an unknown etiology. There are 148 cases documented in world literature at the present time. Histologically it is defined as the obliteration of lamina propria by fibroblasts and the presence of submucous cysts. It comes in localized, segmental or diffuse forms and associated to other entities as solitary rectal ulcer, rectal prolapse, alterations in the pelvic floor, etc. Treatment can be medical or surgical according to severity of its manifestations. **Method:** A case of CCP is revised as well as the treatment effectuated. **Results:** A case of patient with the diagnosis of CCP of localized type is presented, with principal symptom was transanal mucous secretion; on physical exploration a sessile mucous polypoid formation at 8 cm from anal verge was found and was treated with surgical resection with a satisfactory outcome. **Conclusions:** In a patient with alterations in pelvic floor or puborectal bundle contraction and sigmoidorectal intussusception CCP must be suspected. Treatment can be medical with a high percentage of failure being optimal treatment the surgical one.

Key words: Colitis cystica profunda.

longitud del conducto anal de 4 cm, el tabique rectovaginal sin alteraciones, se palpó un tumor de 0.5 cm de diámetro, en la cara anterior del recto, aproximadamente a 8 cm del margen anal, de consistencia blanda y al parecer no adherida a planos profundos. La anoscopia demostró la línea dentada a 3 cm del margen anal con trayectos hemorroidales internos grado dos. La piel del conducto anal tuvo características normales. En la rectosigmoidoscopia, se observó una formación polipoidea sésil, submucosa, a 8 cm del margen anal, de 0.5 cm de diámetro, de bordes bien definidos. Por los

Imágenes clínicas en gastroenterología

Enfermedad de Crohn

Figura 1.

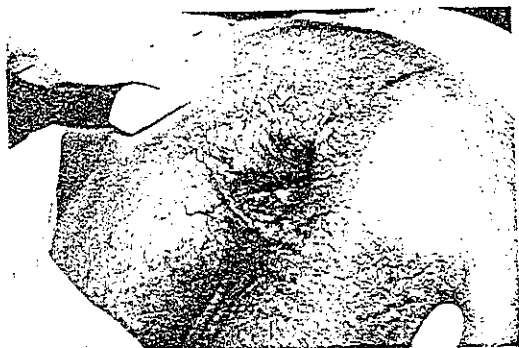


Figura 2.



Figura 3.

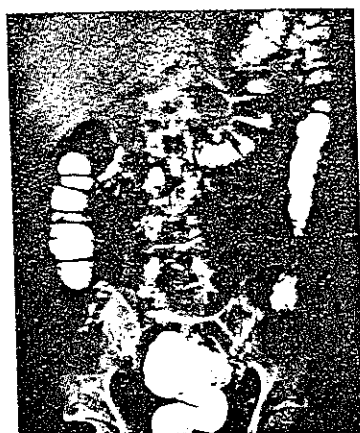


Figura 4.



Figura 5.

Hombre de 56 años de edad, con cuadro clínico de cuatro años de evolución, caracterizado por fístulas anales de repetición, úlceras aftosas en cavidad bucal, dolor abdominal tipo cólico, artralgias y lumbalgia. Fue sometido en dos ocasiones a fistulectomía, sin cicatrización de la herida quirúrgica dejando como secuela una úlcera anal. Dos años después se agrega síndrome disenteriforme, pérdida de peso e incremento del dolor abdominal, sometiéndose a apendicectomía y encontrando ileitis terminal. Se realiza colonoscopia detectándose en todo el colon grandes ulceraciones longitudinales, profundas, serpentiginosas,

con pseudopólipos, separadas por mucosa intermedia sana (Figura 1). El tránsito intestinal presentó irregularidades y estenosis en fleon terminal (Figura 2). El colon por enema mostró alteraciones en el patrón mucoso, estenosis y aspecto de empedrado en el sigmoides así como irregularidades del ciego (Figura 3). Las biopsias reportaron infiltrado inflamatorio linfocitario por debajo de la submucosa (Figura 4), no se observaron granulomas en las biopsias. Por el cuadro clínico, hallazgos endoscópicos, radiológicos y anatomopatológicos se hace el diagnóstico de enfermedad de Crohn (Figura 5).

Dr. José Luis Rocha Ramírez,* Dr. Juan Pablo Peña Ruiz Esparza,* Dr. Eduardo Villanueva Sáenz*
Departamento de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional «Siglo XXI», IMSS, México, D.F.
Correspondencia: Dr. José Luis Rocha Ramírez.

Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional «Siglo XXI», IMSS.
Av. Cuauhtémoc Núm. 330, Col Doctores, 06720 México, D.F. México. Tels: 519-43-61 y 627-69-00 ext 1320

Tratamiento médico del estreñimiento en el paciente anciano *

Dr. Juan Pablo Peña Ruiz Esparza **

Dr. Eduardo Villanueva Sáenz **

Dr. José Luis Rocha Ramírez **

Dr. Francisco Javier Barrientos Castro **

RESUMEN

Objetivo: Revisar las causas más frecuentes de estreñimiento en el paciente anciano y su tratamiento médico.

Antecedentes: Cada año se gastan muchos millones de pesos por el uso de laxantes para el tratamiento de la constipación intestinal (estreñimiento) en el paciente anciano, sin embargo antes de que se inicie el tratamiento deberá primero descartarse una enfermedad subyacente así como aconsejar incrementar el ejercicio físico, la ingesta de líquidos y el consumo de fibra en la dieta; si estas medidas no son exitosas, debe considerarse el uso de laxantes.

Resultados: Se presentan opciones del tratamiento médico para la constipación en el paciente anciano.

Conclusiones: Los laxantes formadores de bolo fecal y la lactulosa son los más recomendados en tanto que los enemas pueden ser necesarios para el reentrenamiento intestinal o para la evacuación del colon atónico y estreñado.

Palabras clave: Constipación, laxantes, anciano.

SUMMARY

Objective: To review the more frequent causes of constipation in the elderly and their medical treatment.

Background: Every year many million pesos are spent for the use of laxatives for intestinal constipation treatment in the elderly; nonetheless an underlying disease must be discarded before the initiation of treatment and also advice must be given to the patient for making physical exercise, liquid consumption and fiber intake in the diet; if these measures have no success the use of laxatives must be considered.

Results: Medical treatment choices are presented to treat constipation in the elderly.

Conclusions: Laxatives forming fecal bolus and lactulose are the more recommended such that enemas can be necessary for intestinal retraining or for the evacuation of an atonic and distended colon.

Key words: Constipation, laxatives, elderly.

* Recibido en Noviembre de 1997, aceptado para su publicación en Enero de 1998.

** Departamento de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, D.F.

Tumor estromal maligno de colon transverso. Informe de un caso

Dr. Eduardo Villanueva Sáenz,* Dr. Juan Montes Vega,* Dr. Juan Pablo Peña Ruiz Esparza,* Dr. Arturo Unzueta Hébert,* Dr. José Luis Rocha Ramírez,* Dra. LM Gómez Jiménez,** Dr. Francisco Javier Barrientos Castro*

* Departamento de Cirugía de Colon y Recto. ** Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cirujano de Colon y Recto. Hospital Médica Sur.

Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz, Puente de Piedra No. 150 5to. piso. Despacho 505, Col. Toriello Guerra. Delegación Tlalpan C.P. 14050. DF, México.

RESUMEN Antecedentes: Los sarcomas de colon son poco comunes, de ellos, el más frecuente es el leiomioma. A la fecha se han informado 45 casos de tumor estromal maligno en la literatura mundial. La histogénesis de estas neoplasias mesenquimatosas se determina con análisis ultraestructural y tinciones de inmunohistoquímica, sin embargo, cuando estas técnicas especiales son negativas y existe duda en cuanto a la línea de diferenciación celular (músculo liso, neural o indiferenciado), es preferible llamarlos tumores estromales del tracto gastrointestinal (TEGI). **Objetivo:** Presentar un caso de tumor estromal maligno del colon transverso. **Método:** Se revisó el caso de un paciente de 46 años de edad con diagnóstico de tumor estromal maligno de colon transverso y el tratamiento efectuado. **Resultados:** Se informa el caso de un paciente con diagnóstico de tumor estromal maligno en el colon transverso, cuyas principales manifestaciones clínicas fueron dolor abdominal, hemorragia transanal, y finalmente oclusión intestinal. Se sometió a laparotomía exploradora, encontrando intususcepción del colon transverso, por lo que se hizo hemicolectomía derecha ampliada. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria y la vigilancia a tres años no ha demostrado datos de actividad tumoral. **Conclusiones:** Los tumores estromales del colon son raros y su tratamiento es la resección quirúrgica con fines curativos o paliativos.

Palabras clave: Tumor, estromal, colon.

INFORME DEL CASO

Paciente masculino de 46 años de edad sin antecedentes personales patológicos de importancia. Ingresó al hospital por un cuadro clínico de seis meses de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico y evacua-

SUMMARY Objective: Case report of a malignant stromal tumor of the transverse colon. **Background:** Colon sarcomas are rare; the most frequent presentation is the leiomyosarcoma. Forty five cases of malignant stromal tumor have been reported in the international literature. The histogenesis of these mesenchymatous neoplasms is determined by ultrastructural analysis and immunohistochemical stains, nevertheless when special techniques are negative and there is uncertainty related to the cellular differentiation line (smooth muscle, neural or undifferentiated) it is preferable to call them stromal tumors of gastrointestinal tract. **Method:** A 46 year old patient with the diagnosis of malignant stromal tumor of transverse colon and the prescribed treatment was reported. **Results:** A case of a patient with the diagnosis of malignant stromal tumor in transverse colon is presented, who had as the main clinical features abdominal pain, transanal hemorrhage and finally intestinal occlusion. He was submitted to exploratory laparotomy finding a transverse colon intussusception, which was treated with an extended right hemicolectomy and a post surgical satisfactory recovery. Follow-up to three years hasn't found tumoral activity. **Conclusions:** Stromal tumors are rare in colon, treatment is a wide surgical resection with curative or palliative purposes.

Key words: Tumor, stromal, colon.

ciones diarreicas con sangre, pérdida de peso y anemia. En la exploración física únicamente se detectó palidez de tegumentos. El laboratorio reportó: Hb 11.6 g, Hto 39%, leucocitosis 11200, con neutrófilos de 88.3%, linfocitos 5.6%, eosinófilos 0.3%, basófilos 0.2%, antígeno carcinoembrionario (ACE) 1.35 ng/mL.

ATLAS DE PROCEDIMIENTOS GASTROQUIRÚRGICOS

Dr. James Pilco Luzuriaga

Con las técnicas de:

Dr. Roberto Blanco Benavides

Dr. Armando Castillo González

Dr. Juan Mier y Díaz

Dr. José Luis Lorenzo Monterrubio

Dr. Xavier Niño

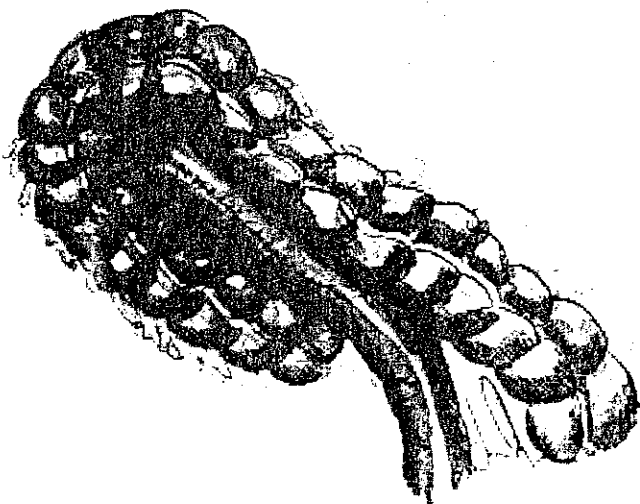
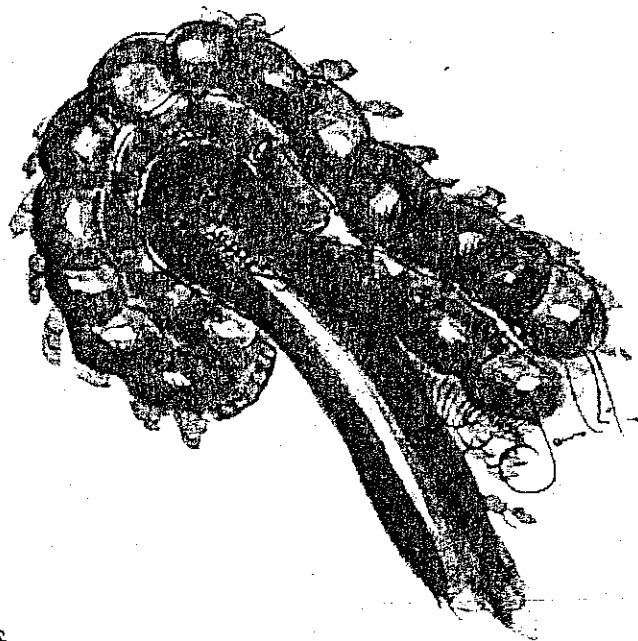
Dr. Patricio Sánchez Hernández

Dr. Vicente Guamer

Dr. Enrique Luque León

Ediciones  Cuéllar

→
Fig. 4-c. Sutura
continua y
afrontamiento



←
Fig. 4-d. Creación
final de la válvula

Conclusión. Esta válvula permite la integración más adecuada del paciente a la sociedad, así como una mejora sustancial en la calidad de vida con una tolerancia adecuada a la vía oral y disminución importante de las pérdidas hídricas por medio de estomas que en todos los pacientes presentan gastos altos, más de 1500 cc al día; luego de la creación de la válvula ileocecal, las evacuaciones se reducen a 3 al día con una pérdida de 200 cc por cada una.

J.P.L.

Referencias bibliográficas.

Blanco R Niño J. Construction of New Intestinal Valve. *Dis Colon and Rectum* 1994 Vol 37. Pag 606 a 609.

Mac Quarrie Edward. *Reoperative General Surgery*; 1992.

Villanueva Sáenz. Experiencia en el manejo del Sx de Intestino Corto con nueva válvula intestinal UNAM 1995. Oxford University Press 1994; Vol 1 Peter J Morris.

SEGUNDO TALLER INTESTINAL

(Técnica del 1
Dr. Patricia)

Introducción
dudosas por la ir
implica más r
que formará m
otras opciones.
rápido, amplio
formal o no.

Tanto en la
e incrementa r
vasoconstricci
intes-tinal irreve

Las alteraci
minutos de esu
electrónica h
los 10 minuto
de moco que la
tienen condi
necrótica y se p

Son difícil
necrosis no
circulación, 2

Tratamiento
era impreciso.
evitar las re
del enfermo



Echographie endo-rectale dans le diagnostic d'endométriose péri-anale

Analyse par J.M. BOURGEOIS d'un case report de MARTINEZ HERNANDEZ-MAGRO Paulino et al¹

MARTINEZ et al used endoanal sonography to evaluate 45-year-old woman presenting a menses-associated perianal pain. A 3x3 cms nodule was palpated. She had a faecal incontinence. Endoanal sonography showed the perianal mass and an external anal sphincter defect. The patient underwent surgical treatment.

Il s'agit d'un « case report » d'une femme de 45 ans qui présentait, depuis 4 ans, une douleur péri-anale, au moment des règles ; elle présentait également une masse péri-anale située à droite et une incontinence fécale dès que les matières étaient liquides. La patiente avait bénéficié de 2 épisiotomies lors d'accouchement par voie basse.

Au début, en fait, le diagnostic n'a pas été fait et le gynécologue a traité la patiente par une antibiothérapie car il suspectait une infection.

Comme le traitement était inefficace, une biopsie per-cutanée de la masse péri-anale a été réalisée et l'histologie a découvert du tissu endométrial. Le traitement a donc été institué (Danazol) pendant 2 ans mais sans grande amélioration.

- A l'examen clinique, un nodule de 3x2 centimètres était palpé, effectivement, à droite de l'anus.
- Au toucher rectal, le sphincter anal présentait un défaut de tonicité et l'on mettait en évidence un defect aux environs de 4 heures, à droite.
- L'échographie endo-anale a été alors réalisée afin d'apprécier l'envahissement ainsi que le volume de l'endometrium qui était alors suspecté. Naturellement, le deuxième motif de l'examen était l'évaluation de la déchirure du complexe sphinctérien.

La sonde utilisée a été une sonde radiale de 10 MHz, de longueur focale de 3 centimètres (il n'y a pas davantage de précision dans le texte d'origine mais on peut penser qu'il s'agissait, en fait, de la distance focale).

Le canal anal était normal dans son tiers supérieur mais au tiers moyen, le sphincter anal interne apparaissait aminci dans le quadrant antérieur droit et le tiers inférieur du canal comportait une masse, à bords irréguliers et envahissant le sphincter anal externe dans le

ENDOANAL SONOGRAPHY IN THE ASSESSMENT OF PERIANAL ENDOMETRIOSIS WITH EXTERNAL ANAL SPHINCTER INVOLVEMENT

¹MARTINEZ HERNANDEZ-MAGRO Paulino, Villamueva Sáenz Eduardo, Alvarez-Tostado Fernandez Fernando, Rocha Ramirez José Luis, Valdés Ovalle Miguel.
Journal of Clinical Ultrasound Vol 30, N°4, May 2002

Pour toute correspondance et demande de tirés à part s'adresser au Professeur MARTINEZ Hernandez-Magro Paulino,
Instituto Mexicano del Seguro Social, Chemin Ste Thérèse n°1055, Code Postal 10700, Torre Angeles Consultorio 927,
MEXICO, MEXIQUE.

Cirugía anorrectal en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana

Dr. Eloy Enrique Geminiano-Martínez,* Dr. Juan Pablo Peña Ruíz-Esparza,* Dr. Eduardo Villanueva-Sáenz,* Dr. José Fernando Álvarez-Tostado Fernández,* Dr. Javier Parrado-Montaña*

* Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Correspondencia: Dr. Eloy Enrique Geminiano-Martínez Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Delegación Cuauhtémoc, México, D.F. Teléfono: 5627 6900 ext. 1320.

Recibido para publicación: 27 de noviembre de 1999.

Aceptado para publicación: 24 de mayo de 2000.

RESUMEN Objetivo: describir las características de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sometidos a cirugía anorrectal con énfasis en el tiempo de cicatrización. **Método:** se evaluaron prospectivamente de julio de 1998 a julio de 1999 un total de 23 pacientes VIH (+) (grupo I) sometidos a cirugía anorrectal. Fueron comparados con un grupo control de pacientes VIH (-) (grupo II), escogidos al azar para establecer las características de cada grupo, la morbilidad, y el tiempo de cicatrización. El análisis estadístico fue mediante la prueba de t de Student. **Resultados:** en el grupo I los diagnósticos fueron fistula perianal, fisura anal, absceso anorrectal, condiloma acuminado, úlcera anal y colgajo cutáneo hipertrófico. A siete pacientes se les realizó fistulotomía, drenaje de absceso en uno, resección de diferentes lesiones perineales en 12, electrofulguración de condilomas en dos, fisurectomía en tres y biopsia únicamente en tres. El tiempo de cicatrización en el grupo I fue de 26.087 días mientras que en el grupo II fue de 23.21 días. Se comparó tiempo de cicatrización y complicaciones de estos dos grupos, para determinar si existe diferencia en estos parámetros. No se encontró diferencia significativa entre cada grupo pero se encontraron márgenes desiguales de tiempo de cicatrización (26.087, DE \pm 10.778 días vs 23.21, DE \pm 6.259 días, $p = n.s.$) y complicaciones para procedimientos similares. **Conclusiones:** el tiempo de cicatrización en pacientes VIH (+) sometidos a cirugía anorrectal no varía en forma importante cuando se compara con pacientes VIH (-).

Palabras clave: enfermedades perianales, infección por VIH, cirugía anorrectal, síndrome de inmunodeficiencia humana.

SUMMARY Objective: The aim of this study was to describe the clinical characteristics of the patients infected with the human immunodeficiency virus (HIV), who were submitted to anorectal surgery with emphasis on healing time and complications. **Methods:** The patients were evaluated prospectively from July 1998 to July 1999; there was a total of 23 patients HIV (+) (Group I). They were compared to a control group of HIV (-) aleatory of patients (Group II) to establish the characteristics of each group, the morbidity, and the time of healing. The statistical analysis was performed with the student T test. **Results:** In Group I, the diagnosis were fistula in the anus, anal fissure, anal abscess, condilomata acuminata anal ulcer, and cutaneous flaps. Seven patients had a fistulotomy, a drainage of abscess in one, resection of different skin lesions in 12, electrofulguration of condilomata in two, fisurectomy in three and solely biopsy in three. The average healing time was 26.087 days for Group I and 23.21 days for Group II. A comparison between healing time and complications in these two groups was carried out to determine a whether significant difference exists in these parameters. There was no significant difference between these groups, but there were unequal rates of healing (26.087, DE \pm 10.778 days vs 23.21 DE \pm 6.259 days; $p =$ not significant) and complications for the similar procedures. **Conclusions:** The healing in time HIV (+) patients submitted to anorectal surgery may not vary important when compared with HIV (-) patients.

Key words: Perianal diseases, HIV infection, anorectal surgery, acquired immunodeficiency syndrome.

Aspectos generales en el manejo quirúrgico de las heridas por asta de toro en el Valle de México 1997-2000.

Reporte de 42 casos

Dr. Cor. y Prof. Rafael Vázquez-Bayod,* Dr. Eduardo Villanueva Saenz,** Dr. Emmanuel Gómez García***

Clínica de Especialidades Ortopédicas y Traumatológicas OrtoAlfa. Ciudad de México

RESUMEN. Se presenta la experiencia de 31 casos de pacientes que sufrieron en total 42 lesiones por cuerno de toro, atendidos en nuestra clínica de febrero de 1997 a septiembre de 2000, todos ellos reconocidos oficialmente como toreros. El tratamiento quirúrgico de las heridas se apegó a los criterios para las lesiones con alta contaminación. La planeación de nuestro quirúrgico permitió operar a todos los casos en un período de 3 a 8 horas después de la herida. Se destaca la importancia de la exploración quirúrgica de todas las trayectorias de la herida en búsqueda de cuerpos extraños y para efectuar un desbridamiento minucioso. Todos los casos se trataron con cierre primario en virtud de encontrarse dentro del tiempo útil, de la calidad de cirugía y del uso sistemático de antibióticos profilácticos, con ceftriaxona parenteral por los primeros 5 a 6 días y después ciprofloxacina oral por 8 días más. No hubo ningún caso de infección. Como complicaciones hubo 5 dehiscencias, una necrosis de un segmento de la piel y 2 hematomas. Todas se resolvieron con procedimientos quirúrgicos complementarios.

Palabras clave: herida, cuerno, toro, infección, desbridamiento, antibióticos.

En el ámbito taurino las heridas por cuerno de toro son lesiones comunes consideradas graves por la conjunción de los 2 aspectos que se involucran: el trauma y los procesos infecciosos. Estas son altamente contaminadas debido a la

SUMMARY. This is a series of 31 patients who underwent 42 wounds produced by bull-horn. All patients were professional bull-fighters and were treated from February 1997 through September 2000. Surgical treatment was applied between 3 and 8 hours after wound, by wide debridement, in particular by searching several directions of damaged tissue as well as ample lavage and removing of foreign bodies from wound. Primary closure was performed in all cases since patients were operated on while in period of non-establishment of clinical infection, as well as by the criteria of local debridement quality and as a result of routine employment of prophylactic antibiotics such as intravenous ceftriaxone for the first 5 to 6 days and ciprofloxacin PO for 8 more days. No case of infection was recorded in the present series. Complications were 5 cases of wound dehiscence as a result of ample debridement, one case of skin necrosis and 2 hematoma. All complications were solved by second operations.

Key words: wound, horn, bull, infection, debridement, antibiotics.

cantidad y variedad de microflora existente tanto en el cuerno del toro en la región anatómica afectada y en el medio donde se produce la cornada (*Figura 1*), a lo que agregamos la lesión severa de la piel y de los tejidos blandos, con abundante tejido necrótico (*Figuras 2A y 2B*). El manejo inicial rápido y adecuado es fundamental para disminuir la morbilidad, el cual debe abarcar la estabilización del paciente bajo los conceptos del manejo inicial del paciente taurino traumatizado (MIPTT) y el traslado a un centro hospitalario de tercer nivel para llevar a cabo la cirugía en las mejores condiciones del paciente, con los medios necesarios y cirujanos adecuados.

La cirugía temprana, la antibioticoterapia, la monitorización pre y postoperatoria leucocitaria, la curva de temperatura y por supuesto la evolución clínica, son factores determinantes en el pronóstico de estas lesiones.¹

Presentamos el reporte de nuestra experiencia y aportaciones para el manejo quirúrgico de 42 cornadas atendidas entre febrero de 1997 y septiembre de 2000, las cuales

* Director Médico. Asociación Mexicana de Matadores de Toros y de la Plaza México, Presidente del Colegio Nal. de Médicos Militares, Director Médico de OrtoAlfa, Clínica de Especialidades Ortopédicas y Traumatológicas. Exjefe del Serv. de Ortopedia del Hosp. Central Militar.

** Subdirector Médico de la Asociación Mexicana de Matadores de Toros y de la Plaza México.

*** Ortopedista de la Asociación Mexicana de Matadores de Toros y de la Plaza México, Subdirector Médico de OrtoAlfa, Clínica de Especialidades Ortopédicas y Traumatológicas.

Dirección para correspondencia:

Dr. Rafael Vázquez B., Dr. Emmanuel Gómez G. Hesiodo 539. Col. Chapultepec Morales 11570, México, D.F. Tel: 52 50 44 20, 55 3129 28

Imágenes clínicas en gastroenterología

Hamartoma anal

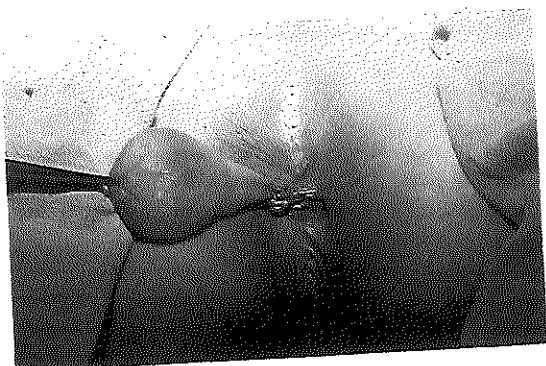


Figura 1.

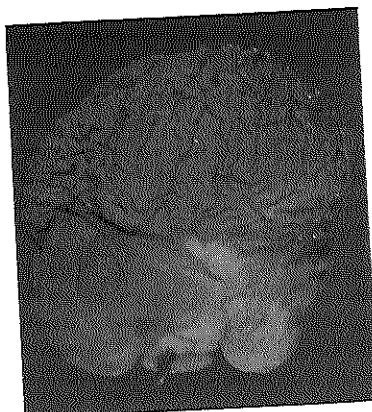


Figura 2.

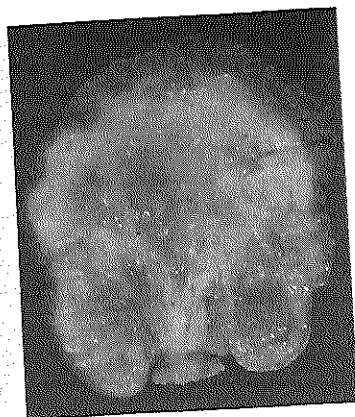


Figura 3.

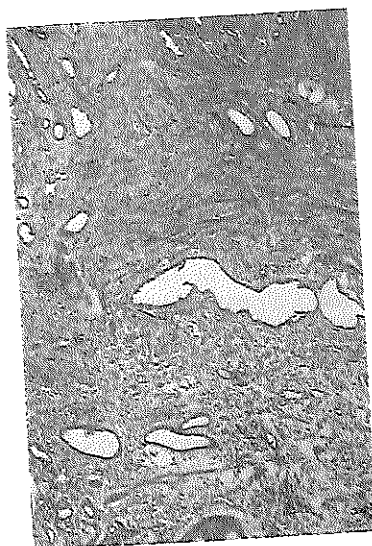


Figura 4.

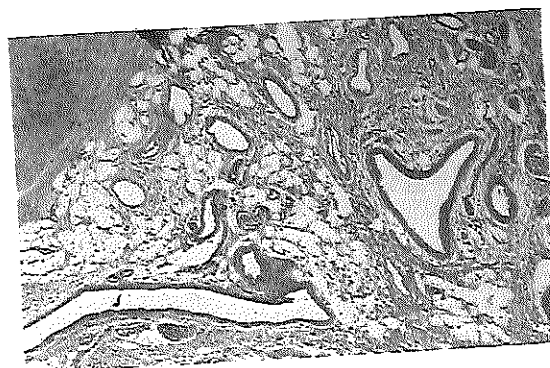


Figura 5.

Paciente femenino de 37 años de edad enviada con diagnóstico de tumoración rectal. En la exploración proctológica se observó lesión polipode, pediculada, de aproximadamente 6 cm, de diámetro en el margen del ano sobre sector de las 7, con pedículo mucoso y la cabeza cubierta de piel (Figura 1). Rectosigmoidoscopia a 25 cm, del margen del ano normal. Se realizó resección de la lesión con reporte histopatológico de Hamartoma anal (Figuras 2 y 3). Es una entidad benigna, rara, formada por células especializadas y tejido maduro normal de un sitio particular, originando una masa de tejido desorganizado. Los hamartomas en el tubo digestivo se caracterizan por presentar tejido conectivo, vascular, epitelial, músculo liso y elementos nerviosos (Figuras 4 y 5). En la región del ano se han descrito con el término de «Cola Humana y Pseudocola»; se descubren al nacimiento o poco después, con mayor incidencia en niños y su localización más frecuente es sacrococcígea cercana a la línea media. Las alteraciones asociadas son: espina bífida (la más común), paladar hendido y enfermedad de Von Recklinghausen, el tratamiento es la resección quirúrgica completa de la lesión.

Eduardo Villanueva Sáenz,* Juan Pablo Peña Ruiz Esparza,* Eloy Enrique Gemianiano Martínez*

* Departamento de Cirugía de Colon y Recto.
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

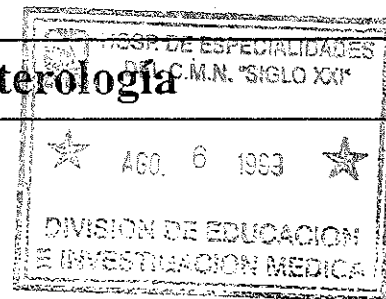
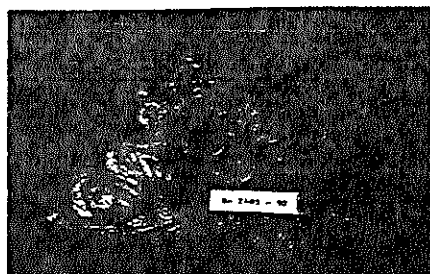
*Leiomioma de íleon terminal*

Figura 1.

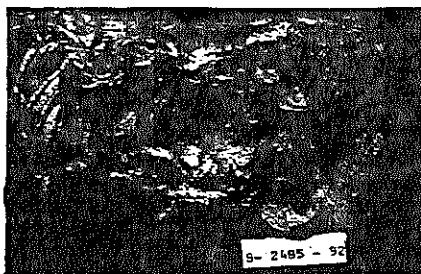


Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.

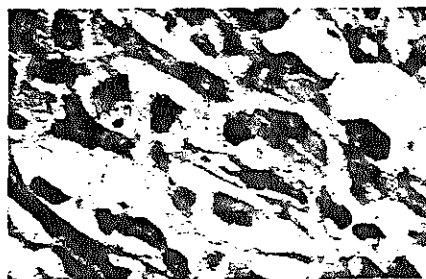


Figura 5.

Masculino de 52 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, el cual inicia su padecimiento con cuadro de oclusión intestinal, se maneja de forma conservadora durante 48 horas sin respuesta favorable, por lo que se decide realizar laparotomía exploradora encontrando un tumor dependiente de íleon terminal a 25 cm de la válvula ileocecal, se realiza resección intestinal (Figuras 1 y 2) con anastomosis término-terminal y omentectomía parcial, con una evolución postquirúrgica satisfactoria.

El estudio histopatológico demostró un tumor dependiente de músculo liso a nivel de íleon terminal (Figura 3), proveniente de células musculares con invasión de la submucosa y células fusiformes formando fascículos, necrosis (Figura 4) y abundantes mitosis (Figura 5).

Dr. Eduardo Villanueva Sáenz,* Dr. Juan Pablo Peña Ruiz Esparza,* Dr. Roberto Rea Rodríguez**

* Departamento de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional «Siglo XXI», IMSS, México, D.F.

** Departamento de Cirugía General HGZ # 47 «Vicente Guerrero» IMSS.

Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz. Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional «Siglo XXI», IMSS. Av. Cuauhtémoc Núm 330, Col. Doctores, 06720 México, D.F. Tels: 519-43-61 y 627 69-00 ext 1320

Linfoma primario de colon

Dr. Eduardo Villanueva-Sáenz,*** Dr. José Fernando Álvarez-Tostado Fernández,*** Dr. Paulino Martínez Hernández-Magro,* Dr. Miguel Valdés-Ovalle,* Dr. Juan Pablo Peña Ruiz-Esparza**

*Departamento de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México, D.F. **Cirujano de Colon y Recto, Hospital Angeles del Pedregal, Grupo Angeles, México, D.F.

Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz, Hospital Angeles del Pedregal, Camino a Santa Teresa # 1005, Torre Angeles 927, Col. Héroes de Padierna, C.P. 10700, México, D.F. Tel/Fax: 5652 7070. E-mail: edvilla@netservice.com.mx

Recibido para publicación: 16 de enero de 2001.

Aceptado para publicación: 04 de junio de 2001.

RESUMEN. Los linfomas primarios de colon (LPC) son neoplasias poco frecuentes, la incidencia es de 0.2 a 0.5% de todas las neoplasias primarias del colon, y se presentan más frecuentemente en la edad adulta. Por lo general son linfomas no Hodgkin, y se debe descartar que su origen sea ganglionar. El sitio más frecuente de presentación en tubo digestivo es el estómago, seguido del intestino delgado, y en tercer lugar el colon. Los sitios más frecuentes presentados en el colon son el ciego y el recto. El tratamiento de elección en los linfomas primarios de colon es quirúrgico, con quimioterapia adyuvante, mientras que la radioterapia se reserva para casos específicos. **Objetivo:** informar dos casos de LPC. **Método:** se revisaron dos casos de linfoma de ciego y su tratamiento. **Resultados:** se informan dos casos de pacientes con diagnóstico de linfoma primario de ciego. Las principales manifestaciones clínicas fueron dolor abdominal, masa palpable y hemorragia. Los pacientes fueron sometidos a hemicolectomía derecha ampliada con ileo-transverso anastomosis. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria. Los pacientes fueron sometidos a quimioterapia adyuvante, con un seguimiento de 1.5 y 5 años, y sin datos de actividad tumoral. **Conclusiones:** los linfomas primarios de colon son poco frecuentes, su localización principal es en el ciego, su tratamiento debe ser quirúrgico, y la quimioterapia es un factor importante para mejorar la supervivencia.

Palabras clave: linfoma primario, colon, cirugía.

SUMMARY. Primary colon lymphomas (PCL) are very rare tumors of the gastrointestinal tract, and represent 0.2-0.5% of all colon primary tumors. They appear principally PCL in adult population. Almost all are non-Hodgkin's lymphomas; first however, one must discard lymph node origin. The most frequent sites of presentation are the cecum and rectum. Treatment of choice is surgical, plus adjuvant chemotherapy. Radiotherapy is reserved for specific cases. **Objective:** To inform on two cases of PCL. **Method:** Review two of cases of cecum lymphomas and their treatment. **Results:** We inform the cases of two patients with the diagnosis of cecum lymphoma. The main patient complaints were abdominal pain, palpable mass, and hemorrhage. Both patients were treated with right extended hemicolectomy and ileum-transverse anastomosis. The outcome was unremarkable. Both patients received chemotherapy and remain free of disease at 1.5 and 5 years of follow-up. **Conclusions:** Primary colon lymphomas are very uncommon gastrointestinal tumors, with cecum localization as one of the most frequent sites of presentation in the colon. Treatment of choice must be surgical, with chemotherapy as an adjuvant therapy to improve survival.

Key words: Primary lymphoma, colon, surgery.

ANTECEDENTES

El linfoma primario del tubo digestivo fue inicialmente descrito por Billroth en 1871,¹ representando de 1 a 4% de todos los tumores malignos del tracto gastrointestinal,²⁻⁴ sin embargo, es el tubo digestivo el sitio más fre-

cuento de linfoma no Hodgkin extraganglionar.^{5,6} Los órganos gastrointestinales que se afectan en orden de frecuencia son el estómago (60%), intestino delgado (25%) y colon (14%).⁷

La etiología del linfoma gastrointestinal es desconocida, pero la mayoría de los linfomas se originan del

Megacolon tóxico secundario a colitis pseudomembranosa

Dr. Eduardo Villanueva-Sáenz,* Dr. Javier Herrera T.,*** Dr. Paulino Martínez-Hernández Magro,***
Dr. Juan Pablo Peña Ruiz-Esparza,* Dr. Javier W Parrado-Montaño,*** Dra. Carmen Mejía**

*Departamento de Cirugía de Colon y Recto

**Cirujano de Colon y Recto Hospital Angeles del Pedregal*

***Servicio de Anatomía Patológica**

Residentes de Cirugía de Colon y Recto***

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI I.M.S.S., México, D.F.

Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz. Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda G", Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Av. Cuauhtémoc # 330, Col. Doctores, 06720, México, D.F. México. Tels. 56-27-69-00 ext 1520. E mail: edvilla@netservice.com.mx

Recibido para publicación: 20 de marzo de 2000.

Aceptado para publicación: 04 de abril de 2001.

RESUMEN Antecedentes: el megacolon tóxico es una complicación rara de la colitis pseudomembranosa. Objetivo: presentar un caso de megacolon tóxico secundario a colitis pseudomembranosa. Método: se revisó el caso de un paciente de 75 años, quien desarrolló un cuadro de megacolon tóxico secundario a colitis pseudomembranosa y el tratamiento efectuado. Resultados: se informa el caso de un paciente con diagnóstico de colitis pseudomembranosa cuyas principales manifestaciones clínicas fueron fiebre, distensión abdominal y síndrome disenteriforme, integrándose el diagnóstico de megacolon tóxico, por lo que se realizó colectomía total con ileostomía terminal y cierre proximal del recto, el paciente falleció 24 horas posterior al procedimiento. Conclusiones: el megacolon tóxico es una complicación rara de la colitis pseudomembranosa y se debe sospechar cuando se presenta dilatación colónica acompañada de signos de toxicidad sistémica, debiendo adoptar una conducta quirúrgica agresiva.

Palabras clave: megacolon, tóxico, colitis, pseudomembranosa.

SUMMARY Background: Toxic megacolon is a rare complication of pseudomembranous colitis. Objective: The aim of this paper is to present a rare case of toxic megacolon secondary to pseudomembranous colitis. Methods: The chart of a 75-year-old male, who developed a toxic megacolon secondary to pseudomembranous colitis no was reviewed. Results: The clinical features and outcome of a 75-year-old male with pseudomembranous colitis are depicted. The main symptoms were no fever, abdominal distention, bloody and diarrhea; the man suddenly developed a toxic megacolon and taken was to surgery. Total colectomy with proximal rectal closure was performed. The patient died within 24 hours of the abdominal procedure. Conclusions: Toxic megacolon is a rare complication of pseudomembranous colitis. Its presence should be suspected when these patients develop no colonic dilatation with associated systemic toxicity. Aggressive surgical intervention is indicated.

Key words: Megacolon, toxic, pseudomembranous, colitis.

INTRODUCCIÓN

El uso de antibióticos de amplio espectro puede producir complicaciones como el desarrollo de colitis pseudomembranosa con una gama que va desde una repercusión clínica leve (diarrea) hasta provocar catástrofes abdominales como es el desarrollo de un megacolon tóxico. El objetivo de este trabajo es el de presentar el caso de un paciente que desarrolló esta complicación y el tratamiento efectuado.

INFORME DEL CASO

Masculino de 75 años con antecedente de hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, intervenido quirúrgicamente por fractura de fémur derecho, desarrolló insuficiencia renal aguda y neumonía intrahospitalaria, con cultivo positivo para *Klebsiella pneumoniae*, recibió tratamiento con amikacina 150 mg IV cada 24 h y ceftazidima 500mg IV cada 12 h por 20 días, con mejoría del cuadro pulmonar.

Imágenes clínicas en gastroenterología

REV GASTROENTEROL MEX VOL 2 2001
Tumor estromal de ileon 66 #

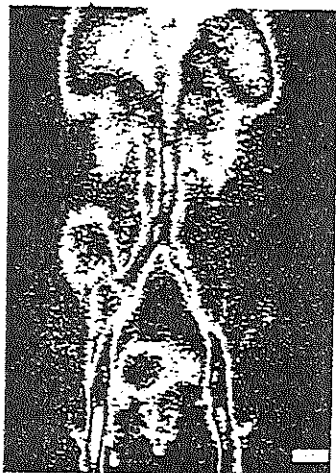


Figura 1. Gammagrafía con eritrocitos marcados con Tc 99.



Figura 2. Tumor estromal ileon transoperatorio.

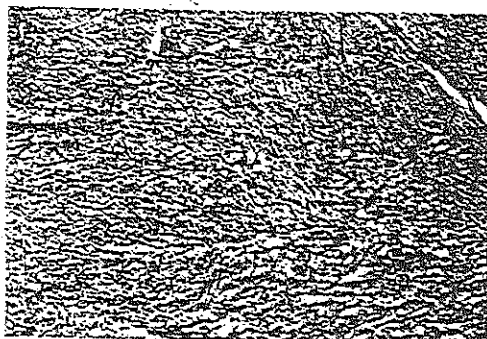


Figura 3. Tinción PAS.



Figura 4. Tinción CD 117.

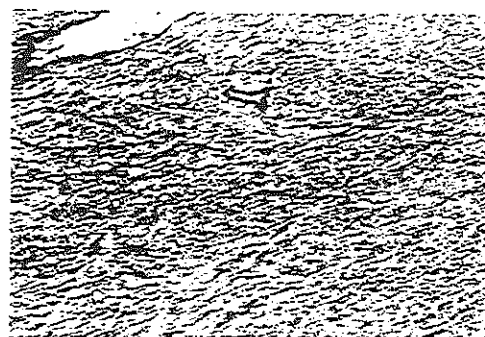


Figura 5. Tinción actina.

Paciente femenino de 58 años de edad con antecedentes de ser portadora de hipertensión arterial. Histerectomía abdominal por miomatosis. Acude con historia de hemorragia de tubo digestivo bajo en tres ocasiones con un año de evolución, hematoquezia, tratada inicialmente de manera conservadora. En el tercer episodio de hemorragia se inicia protocolo de estudio para la hemorragia de tubo digestivo. Es estabilizada y se realiza endoscopia gastroduodenal, así como colonoscopia, sin lograr identificar sitio de hemorragia. Se solicita gammagrafía con eritrocitos marcados con Tc99 (Figura 1), presentándose lesión móvil, y con pedículo de origen aparente en la arteria iliaca común. Por la evidencia clínica, y por presentarse su tercer episodio de hemorragia, se somete a laparotomía exploradora encontrando tumor de 10 cm de diámetro, dependiente de ileon, a 90 cm de la válvula ileocecal (Figura 2). Se realiza resección del tumor y anastomosis termino-terminal. Su evolución posquirúrgica fue adecuada con ingesta de dieta completa al tercer día y alta hospitalaria el cuarto día. El estudio histopatológico, mediante tinciones de H-E, PAS (Figura 3), CD 117 (Figura 4) y actina (Figura 5), demostrándose tumor estromal con comportamiento biológico benigno.

Dr. Juan Pablo Peña Ruiz-Esparza,* Dr. José Fernando Álvarez-Tostado-Fernández,* Dr. Eduardo Villanueva-Sáenz,* Dr. Paulino Martínez Hernández-Magro*

*Departamento de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional, Siglo XXI, IMSS, México, D. F.

Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz, Depto. de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI, Tercer Piso, Bloque A. Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, Deleg. Cuauhtémoc México, D. F.

Recibido para publicación: 19 de marzo de 2001.

Aceptado para publicación: 04 de abril de 2001.

Imágenes clínicas en gastroenterología

REV GASTROENTEROL MEX VOL 66, NUM 1, 2001
Divertículo de Meckel



Figura 1.



Figura 2.

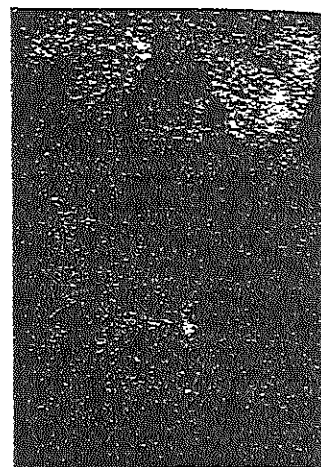


Figura 3.

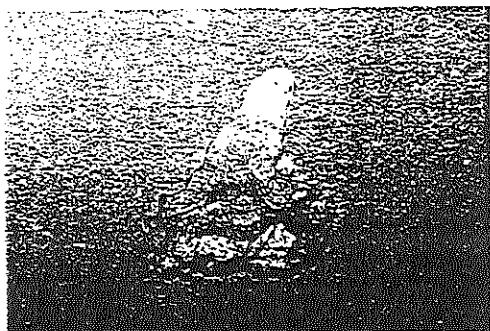


Figura 4.

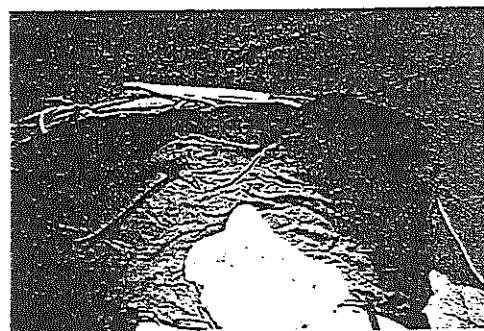


Figura 5.

Paciente femenino de 23 años, sin antecedentes patológicos de importancia, con un padecimiento actual de dos días de evolución caracterizado por hematoquezia; a su ingreso se detecta hemoglobina de 6.9 g y choque hipovolémico, se realiza estabilización, posteriormente panendoscopia que reporta hernia hiatal y gastritis leve sin datos de hemorragia, se realiza arteriografía sin ser concluyente, la colonoscopia reporta mucosa colónica de características normales, se cannula la válvula ileo-cecal explorando 20 cm distales de íleon terminal sin encontrar datos de hemorragia activa. Es egresada con una Hb de 14.4 g continuando estudio por consulta externa, se solicitó tránsito intestinal que reportó malrotación yeyunal (Figura 1), presenta nuevo cuadro de hemorragia digestiva baja a los cuatro meses de su egreso, realizándose estudio con eritrocitos marcados.

El resultado fue positivo para la hemorragia a nivel de íleon terminal (Figura 2), una placa tardía demostró llenado de colon ascendente (Figura 3), ante lo cual se sospecha divertículo de Meckel, sometiéndose a laparotomía exploradora, con hallazgos de divertículo de Meckel (Figura 4) con tres ulceraciones en mucosa de íleon, (Figura 5) se realiza resección y anastomosis mecánica con una evolución posquirúrgica satisfactoria.

Dr. Eduardo Villanueva-Sáenz, Dr. Juan Pablo Peña-Ruiz Esparza, Dr. Paulino Martínez-Hernández Magro, Dr. José Fernando Álvarez-Tostado-Fernández.
Departamento de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México D.F.

Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz. Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "Siglo XXI".
IMSS. Av. Cuauhtémoc # 330, Col. Doctores C.P. 06720. México D.F. Tel. 56276900 Ext. 1320

Recibido para publicación: 24 de septiembre de 2000.

Aceptado para publicación: 17 de enero de 2001.

Imágenes clínicas en gastroenterología

REV GASTROENTEROL MEX. Vol 66 NUM 1, 2001

Objetos extraños en recto



Figura 1.

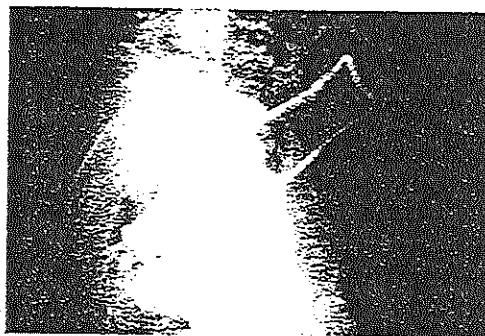


Figura 2.

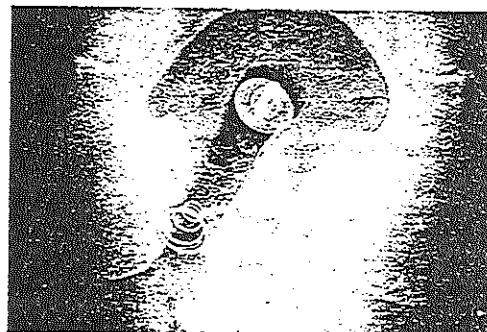


Figura 3.



Figura 4.

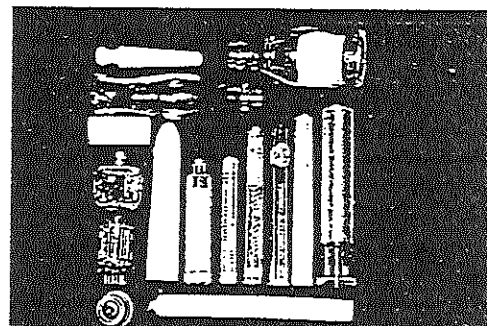


Figura 5.

Los objetos encontrados en el recto pueden ser por ingestión como: huesos de pollo, alfileres o vidrio, en ocasiones con intenciones suicidas, otros cuerpos extraños son consecuencia de maniobras diagnósticas o terapéuticas como pérdida de termómetros, cánulas de enemas o tubos rectales. sin embargo, la mayoría de los objetos extraños encontrados en recto resultan de la introducción del paciente con fines de estimulación erótica. Algunos objetos se pierden al ser empujados más allá del anillo anorrectal quedando alojados en el ampulla rectal.

Los síntomas habitualmente son: dolor abdominal bajo tipo cólico, dolor en ano, rectorragia y tenesmo, en casos tardíos puede haber secreción purulenta y choque séptico, el dolor grave y la fiebre indican perforación.

Los objetos con localización baja se pueden extraer por vía transanal casi siempre y los que se encuentran más arriba requieren de manipulación endoscópica o de laparotomía para llevar el objeto extraño hacia el ano que en ocasiones requiere de esfinterotomía interna para evitar su lesión, en caso de perforación se requerirá de colostomía. Se presentan imágenes de la experiencia en nuestro servicio.

Dr. Eduardo Villanueva-Sáenz,* Dr. Paulino Martínez-Hernández Magro,* Dr. José Fernando Álvarez-Tostado Fernández,*

Dr. Juan Pablo Peña-Ruiz Esparza.*

* Departamento de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional "Siglo XXI", IMSS. México D.F.

Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz. Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "Siglo XXI" IMSS. Av. Cuauhtémoc # 330. Col Doctores C.P. 06720 México D.F. Tel. 56276900. Ext. 1320.

Recibido para publicación: 14 de septiembre de 2000.

Aceptado para publicación: 17 de enero de 2001.

Imágenes clínicas en gastroenterología

Cáncer colorrectal sincrónico



Figura 1.

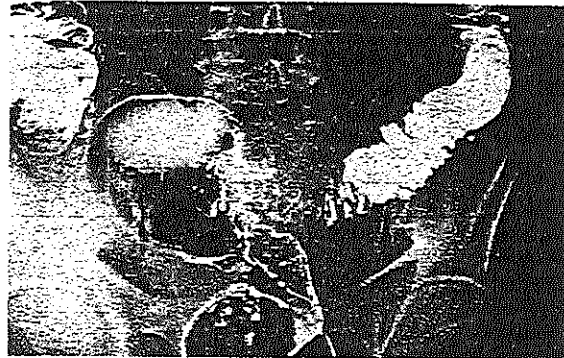


Figura 2.

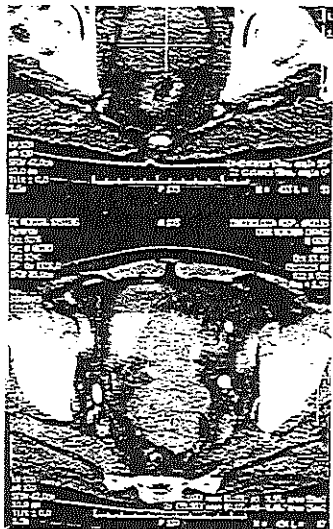


Figura 3.



Figura 4.

Paciente masculino de 69 años con alteraciones en los hábitos de la defecación (diarrea y estreñimiento) de 6 meses de evolución, acompañado de hemorragia transanal al momento de la defecación.

En la exploración proctológica: la región perianal se encontró normal, al tacto rectal se palpó un tumor de aproximadamente 2x3x2 cm en la cara anterior del recto a 7 cm del margen anal. La colonoscopia demostró el mismo tumor de aspecto exofítico ulcerado con hemorragia fácil al contacto del endoscopio, que obstruía la luz intestinal en 20%, a 7 cm del margen anal; además se descubrió la presencia de otra lesión sincrónica a 30 cm del margen anal con las mismas características macroscópicas, pero que obstruía la luz intestinal en 90%, impidiendo el paso proximal del endoscopio. Se tomaron biopsia de cada una de las lesiones mismas que fueron reportadas histopatológicamente como adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante y ulcerado, tanto en mucosa del recto como del colon sigmoideal (Figura 1).

El colon por enema con técnica de doble contraste demostró defectos de llenado tanto en el tercio medio de recto como en el sigmoideal (Figura 2).

Se realizó tomografía axial computada, en la que se demostró a nivel del recto y sigmoideal, imágenes con densidad de tejidos blandos que se realizaron con la administración del medio de contraste, además de infiltración del tejido adiposo pericolónico (Figura 3).

La determinación del antígeno carcino-embriónico preoperatorio fue de 2.6 ng/mL. El paciente fue sometido a resección anterior baja extendida, (Figura 4) con transverso-recto anastomosis mecánica.

Dr. Eduardo Villanueva-Sáenz,* Dr. Juan Pablo Peña Ruiz-Esparza,* Dr. Javier Herrera-Torres*

* Departamento de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz, Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional «Siglo XXI» IMSS, Av. Cuauhtémoc No. 330 Col. Doctores C.P. 06720 México, D.F. México Tel. 56 27 69 00 ext. 1320

Recibido para su publicación: 29 de noviembre de 1999

Aceptado para publicación: 13 de junio del 2000

Trabajo de revisión

Manejo del aneurisma de aorta abdominal y carcinoma colorrectal concomitante.

Revisión de la literatura y reporte de cuatro casos

Dr. Paulino Martínez Hernández-Magro,* Dr. Eduardo Villanueva Sáenz,* Dr. José Fernando Álvarez-Tostado Fernández,* Dr. Alfredo Gutiérrez Roa*

RESUMEN

Introducción: La coexistencia de aneurisma de aorta abdominal y carcinoma colorrectal es rara, sin embargo, se ha notado un incremento en su presentación. La presencia de ambas patologías representa un dilema terapéutico sobre cuál de las dos patologías tratar primero o simultáneamente.

Pacientes y métodos: Se presentan dos casos en los cuales se trató, en primera instancia, el aneurisma de aorta y, posteriormente, el carcinoma colorrectal; y dos en los cuales se atendió inicialmente el carcinoma colorrectal y se realiza una revisión de la literatura.

Conclusiones: Los aneurismas de aorta mayores de 5 cm deben ser operados en primera instancia ya que existe un riesgo alto de ruptura en el periodo perioperatorio. Si el aneurisma es menor de 5 cm se deberá operar primero el carcinoma colorrectal. Los nuevos abordajes disminuyen el riesgo quirúrgico y facilitan el tratamiento simultáneo.

Palabras clave: Aneurisma de aorta, carcinoma colorrectal.

ABSTRACT

Introduction: The coexistence of abdominal aortic aneurysm and colorectal carcinoma is a rare condition, however an increase in the presentation has been observed. The presence of both entities represent a therapeutic dilemma about which of the diseases must be treated first.

Patients and methods: We report two cases of patients treated first for the aneurysm and two treated initially for the colorectal carcinoma and we did a literature review.

Conclusions: For aortic aneurysm bigger than 5 cm must be treated first to avoid the rupture risk of the aneurysm in the perioperative time, if the aortic aneurysm is small than 5 cm the colorectal cancer must be treated first. The development of better approaches diminished the risk and allow the combined treatment.

Key words: Aortic aneurysm, colorectal carcinoma.

* Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades, Centro Medico Nacional "Siglo XXI", Instituto Mexicano del Seguro Social.

E. Villanueva Sáenz • P. Martínez Hernández-Magro • M. Valdés Ovalle • J. Montes Vega
J.F. Alvarez-Tostado F.

Experience in management of Fournier's gangrene

Received: 31 August 2001 / Accepted in revised form: 7 February 2002

Abstract We report our experience and results in the management of Fournier's gangrene. Fournier's gangrene is a synergistic infective necrotizing fasciitis, which involves perianal, perineal and genital regions, originated mostly from colorectal and genitourinary sources. Charts and records from 28 patients with Fournier's gangrene diagnosed between 1993 and 1997 were reviewed. The mean patient age was 57.8 years (range, 22–82 years); mean hospital stay was 19 days. Eighteen patients (64.3%) were diabetic. The most common source of gangrene was ischiorectal abscess in 22 patients (78.6%). Colostomy was performed on 14 patients (50%) and cystostomy on 7 patients (5%). Ten patients (35.7%) died because of sepsis. In conclusion, medical and surgical treatment should be aggressive. Colostomy should only be performed if sphincter complex is damaged. Multidisciplinary management is mandatory because of high morbidity and mortality.

Key words Fascitis • Infection • Necrosis • Gangrene • Sepsis

Introduction

In 1883, J.A. Fournier, a French venereologist, described an idiopathic gangrene at genital level, of sudden presentation and rapid development, presenting in previously healthy young males. From then on, much has been talked about this entity. Its pathologic characteristics are well defined. For this reason, it is not correct to consider it as "idiopathic", but nowadays, its pathophysiologic mechanisms are precisely known, as well as the bacteria involved [1–3].

This entity affects not only young males: in several reports the age at presentation included early infancy up to adulthood; cases in women have also been reported [4, 5]. Nevertheless, the majority of cases are in men, between the third and sixth decades of life, with 51 years as the average age at presentation [6].

In the majority of cases of Fournier's gangrene (FG), aerobic and anaerobic bacteria are synergistically involved, as a result of local trauma, extended periurethral infection or extended perianal infection [1, 3].

Nowadays, FG is defined as an infective necrotizing fasciitis, which affects perianal, perineal and genital regions, leading to thrombosis of subcutaneous vasculature and skin necrosis (Fig. 1). There can also be necrosis in fascia as well as in subcutaneous tissue, even before any clinical evidence such as erythema, crepitus, bullae and necrosis.

Main predisposing factors are: diabetes mellitus, alcoholism, immunosuppression, liver and renal disease [7–9]. The high morbidity and mortality of FG are attributed to delayed integrated diagnosis and to inadequate management of underlying disease [10, 11].

There are significant differences between patients who survive and those who die. These differences are important to elaborate a prognostic scale to be applied in all patients with FG [12, 13]. We present data related to our experience

E. Villanueva Sáenz (✉) • P. Martínez Hernández-Magro
M. Valdés Ovalle • J. Montes Vega • J.F. Alvarez-Tostado F.
Colorectal and Rectum Surgery Department
Dr. Fernando Sepúlveda Specialty Hospital
National Medical Center of the 21st Century
Mexican Institute for Social Security (IMSS)
Mexico City, Mexico
E-mail: edvilla@netservice.com.mx

Tumor estromal maligno de colon transverso. Informe de un caso

Dr. Eduardo Villanueva Sáenz,* Dr. Juan Montes Vega,* Dr. Juan Pablo Peña Ruiz Esparza,* Dr. Arturo Unzueta Hébert,* Dr. José Luis Rocha Ramírez,* Dra. LM Gómez Jiménez,** Dr. Francisco Javier Barrientos Castro*

* Departamento de Cirugía de Colon y Recto. ** Departamento de Anatomía Patológica. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México, D.F. Instituto Mexicano del Seguro Social. Cirujano de Colon y Recto. Hospital Médica Sur.

Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz. Puente de Piedra No. 150 5to. piso. Despacho 505, Col. Toriello Guerra. Delegación Tlalpan C.P. 14050. DF, México.

RESUMEN Antecedentes: Los sarcomas de colon son poco comunes, de ellos, el más frecuente es el leiomiomasarcoma. A la fecha se han informado 45 casos de tumor estromal maligno en la literatura mundial. La histogénesis de estas neoplasias mesenquimatosas se determina con análisis ultraestructural y tinciones de inmunohistoquímica, sin embargo, cuando estas técnicas especiales son negativas y existe duda en cuanto a la línea de diferenciación celular (músculo liso, neural o indiferenciado), es preferible llamarlos tumores estromales del tracto gastrointestinal (TEGI). **Objetivo:** Presentar un caso de tumor estromal maligno del colon transverso. **Método:** Se revisó el caso de un paciente de 46 años de edad con diagnóstico de tumor estromal maligno de colon transverso y el tratamiento efectuado. **Resultados:** Se informa el caso de un paciente con diagnóstico de tumor estromal maligno en el colon transverso, cuyas principales manifestaciones clínicas fueron dolor abdominal, hemorragia transanal, y finalmente oclusión intestinal. Se sometió a laparotomía exploradora, encontrando intususcepción del colon transverso, por lo que se hizo hemicolectomía derecha ampliada. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria y la vigilancia a tres años no ha demostrado datos de actividad tumoral.

Conclusiones: Los tumores estromales del colon son raros y su tratamiento es la resección quirúrgica con fines curativos o paliativos.

Palabras clave: Tumor, estromal, colon.

SUMMARY Objective: Case report of a malignant stromal tumor of the transverse colon. **Background:** Colon sarcomas are rare; the most frequent presentation is the leiomyosarcoma. Forty five cases of malignant stromal tumor have been reported in the international literature. The histogenesis of these mesenchymatous neoplasms is determined by ultrastructural analysis and immunohistochemical stains, nevertheless when special techniques are negative and there is uncertainty related to the cellular differentiation line (smooth muscle, neural or undifferentiated) it is preferable to call them stromal tumors of gastrointestinal tract. **Method:** A 46 year old patient with the diagnosis of malignant stromal tumor of transverse colon and the prescribed treatment was reported. **Results:** A case of a patient with the diagnosis of malignant stromal tumor in transverse colon is presented, who had as the main clinical features abdominal pain, transanal hemorrhage and finally intestinal occlusion. He was submitted to exploratory laparotomy finding a transverse colon intussusception, which was treated with an extended right hemicolectomy and a post surgical satisfactory recovery. Follow-up to three years hasn't found tumoral activity. **Conclusions:** Stromal tumors are rare in colon, treatment is a wide surgical resection with curative or palliative purposes.

Key words: Tumor, stromal, colon.

INFORME DEL CASO

Paciente masculino de 46 años de edad sin antecedentes personales patológicos de importancia. Ingresó al hospital por un cuadro clínico de seis meses de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico y evacua-

ciones diarreicas con sangre, pérdida de peso y anemia. En la exploración física únicamente se detectó palidez de tegumentos. El laboratorio reportó: Hb 11.6 g, Hto 39%, leucocitosis 11200, con neutrófilos de 88.3%, linfocitos 5.6%, eosinófilos 0.3%, basófilos 0.2%, antígeno carcinoembrionario (ACE) 1.35 ng/mL.

Neoplasias sincrónicas en cáncer colorrectal

Dr. Eloy Enrique Geminiano-Martínez,* Dr. Juan Pablo Peña Ruíz-Esparza,* Dr. Eduardo Villanueva-Sáenz,*
Dr. José Fernando Álvarez-Tostado Fernández,* Dra. Mara Arenas-Sánchez*

* Departamento de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D.F.

Correspondencia: Dr. Eloy Enrique Geminiano-Martínez, Av. Cuauhtémoc 330, Colonia Doctores, Delegación Cuauhtémoc México, D.F. Teléfono 5627 6900, Ext. 1320.

Recibido para publicación: 30 de junio de 1999.

Aceptado para publicación: 14 de enero de 2000.

RESUMEN Objetivo: mostrar la incidencia de neoplasias sincrónicas en cáncer colorrectal en pacientes manejados en nuestro servicio. **Antecedentes:** muchos estudios han mostrado distintas incidencias de lesiones sincrónicas, principalmente por variación en la agudeza de los métodos diagnósticos y la búsqueda intencional de las lesiones asociadas. **Método:** se estudiaron de manera retrospectiva los expedientes clínicos de 58 pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal, sometidos a cirugía, desde agosto de 1995 a marzo de 1999. Se clasificaron las neoplasias sincrónicas como benignas o malignas basándose en su estirpe histológica. El análisis se realizó mediante la correlación de coeficientes de Spearman. **Resultados:** se encontró a 15 pacientes (25.8%) con 28 neoplasias sincrónicas, 9 hombres y 6 mujeres, con edad promedio de 63.2 años. Se estableció el diagnóstico preoperatorio de las lesiones sincrónicas en 12 pacientes (80%) mediante estudio endoscópico. La localización más frecuente del tumor primario fue en colon sigmoideas (40%). La mayor frecuencia de las neoplasias sincrónicas fue en el recto (35.7%). Fue más frecuente la histología benigna (89.3%). **Conclusiones:** un paciente con cáncer tiene predisposición a una mucosa con epitelio alterado e inestable, apto para la aparición de nuevos tumores o lesiones premalignas, por lo que todos los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente por cáncer colorrectal deben de ser estudiados en forma completa para evaluar la integridad de la mucosa del colon.

Palabras clave: cáncer, tumores sincrónicos, colon, recto, cirugía.

SUMMARY Objective: The aim of this study was to show the incidence of synchronous lesions in colorectal cancer patients treated surgical at our service. **Summary background data:** Many studies have shown different incidences of synchronous lesions in colorectal cancer, mainly due to variations in the accuracy of the diagnostic methods used and the intentional search for associated lesions. **Method:** Fifty-eight clinical records of patients operated on for colorectal cancer were retrospectively reviewed from August 1995 to March 1999. The synchronous lesions were classified as benign or malignant lesions based on its histological classification. Statistical analysis was carried out by the Spearman coefficient correlation. **Results:** Fifteen patients (25.8%) had 28 synchronous lesions, nine were male (60%), and six females (20%). The average age was 63.2 years with a range of 26 to 83 years. The endoscopic diagnosis of synchronous lesions was performed preoperatively in 12 patients (80%). The most frequent localization of primary tumor was the sigmoid colon in six patients (40%). The more frequent localization of synchronous lesions was the rectum (35.7%). Benign lesions were most commonly found in synchronous lesions (89.3%). **Conclusions:** The patient with colorectal cancer has an unstable epithelium and an uncommon predisposition to develop several mucosal alterations. This predisposition is prone to grow benign or malignant lesions. For this reason, we advise all that patient with colorectal cancer be fully studied endoscopically.

Key words: Cancer, synchronous tumors, colon, rectum, surgery.

Imágenes clínicas en gastroenterología

Úlcera rectal solitaria



Figura 1.

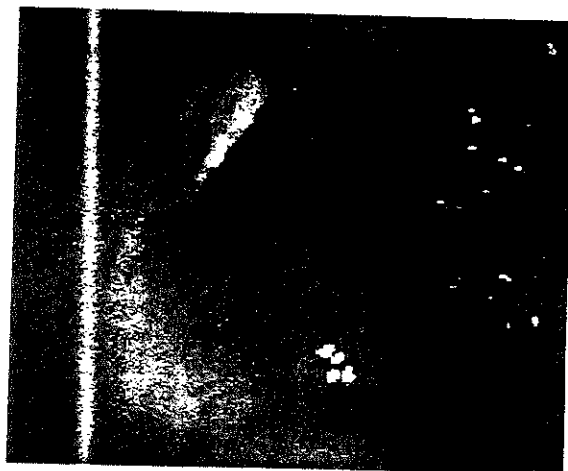


Figura 2.

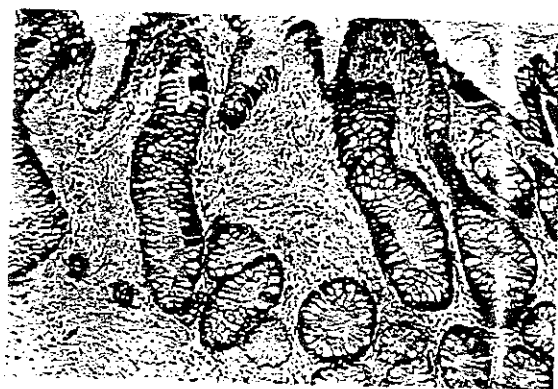


Figura 3.

Femenina de 33 años de edad con cinco años de evolución de presentar rectorragia leve, intermitente, pos defecatoria, asociado a evacuaciones diarreicas con moco. Antecedente de salmonelosis tratada inicialmente con cloranfenicol y luego con tetraciclina. Incontinencia anal posterior a parto vaginal con episiotomía, con una escala de Miller de 12.

A la exploración física abdomen sin hallazgos anormales, inspección anoperineal, ano entreabierto con cicatriz quirúrgica en sector de las 5 secundaria a episiotomía, tacto rectal con esfínter hipotónico de forma basal y dinámica, con disrupción del esfínter en sector de las 5 a las 7, anoscopia con hemorroides grado II no complicadas. Colonoscopia con úlcera rectal profunda a 5 cm del margen anal, de bordes elevados, fondo con fibrina (Figuras 1 y 2). Pruebas de fisiología anorrectal con hipotonia pélvico-esfinterica. Se toman biopsias de bordes de úlcera rectal que reportan úlcera rectal solitaria (Figura 3).

Dr. Eduardo Villanueva Sáenz, Dr. Miguel Antonio Valdés Ovalle, Dr. Paulino Martínez Hernández Magro, Dr. Fernando Álvarez-Tostado Fernández, Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades Dr. B. Eduardo Sepúlveda, Servicio de cirugía de colon y recto.
Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz, Camino Santa Teresa No. 1055 Col. Héroes de Puerta C.P. 0700, Torre Angeles, consultorio 227, Tel: 5652-5151, 5652-5454, 5652-7070, E-mail: edvillan@etsmex.com.mx

Recibido para publicación: 18 de abril de 2001.
Aceptado para publicación: 31 de octubre de 2001.

Imágenes clínicas en gastroenterología

Tumor retrorrectal

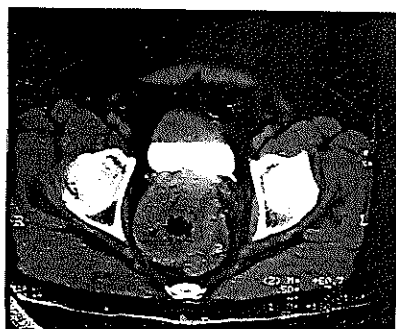


Figura 1.



Figura 2.

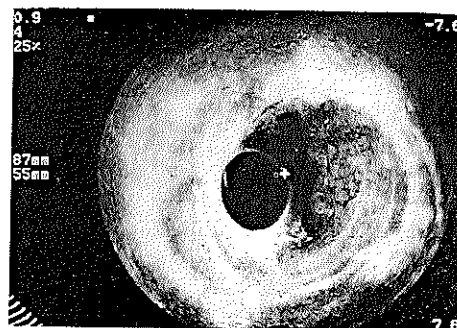


Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.

Paciente masculino de 57 años con cuadro de constipación, tenesmo y pujo rectal, así como hemorragia transanal con la defecación. En la exploración proctológica la región perianal es normal, al tacto rectal se palpa tumor de aproximadamente 5 x 4 x 4 cm en el espacio retrorrectal por arriba del conducto anal y que desplaza la cara posterior del recto hacia adelante, palpando un orificio fistuloso que se comunica con la tumoración.

La rectosigmoidoscopia rígida demuestra tumor extrínseco al recto sobre espacio retrorrectal sin compromiso de la mucosa, se ve en cara posterior orificio fistuloso antes mencionado por el cual se obtiene líquido hemático.

Se realiza tomografía axial computada en la cual se demuestra tumoración a nivel de espacio retrorrectal de aspecto quístico (Figura 1). La resonancia magnética nuclear demostró tumor quístico en espacio retrorrectal a nivel de S2, con desplazamiento de la pared posterior del recto hacia adelante (Figura 2).

Ultrasonido endorrectal evidencia tumor en espacio retrorrectal de 87 x 55 mm de aspecto quístico (Figura 3).

Se somete a resección abdominoperineal por tumor retrorrectal fistulizado a recto (Figuras 4 y 5) con reporte histopatológico de leiomioma retrorrectal, correspondiendo al grupo de tumores misceláneos del espacio retrorrectal.

Dr. Eduardo Villanueva-Sáenz,* Dr. Juan Pablo Peña Ruiz-Esparza,* Dr. Fernando Álvarez Tostado-Fernández*

* Departamento de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. México, D.F.
Correspondencia: Dr. Eduardo Villanueva Sáenz, Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "Siglo XXI" IMSS. Av. Cuauhtémoc Núm. 330 Col. Doctores C.P. 06720 México, D.F. Tel. 56 27 69 00 ext. 1220

Recibido para publicación: 25 de octubre de 1999

Aceptado para publicación: 13 de junio del 2000

Imágenes clínicas en gastroenterología

Megacolon tóxico por colitis pseudomembranosa

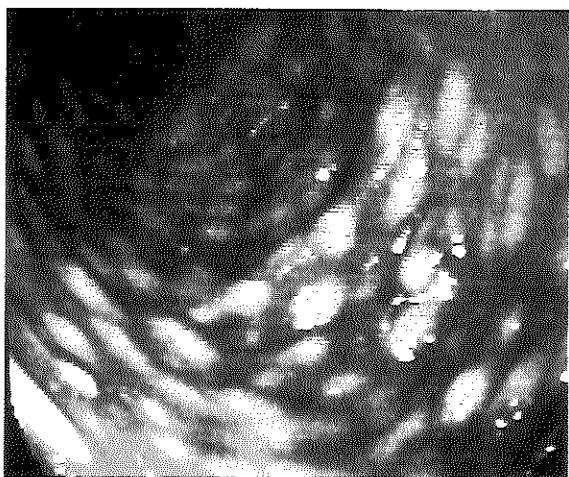


Figura 1.

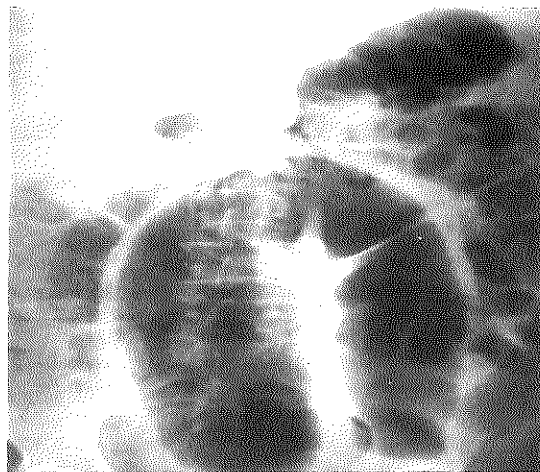


Figura 2.



Figura 3.

Masculino de 62 años con antecedentes de diabetes mellitus e hipertensión arterial, intervenido quirúrgicamente seis meses antes por diverticulitis de colon sigmoidees realizándose colostomía derivativa, la cual se cerró a los seis meses, presentando en el postoperatorio cuadros de oclusión intestinal tratados médicamente en forma conservadora habiendo recibido dos esquemas de antimicrobianos a base de cefalosporinas de tercera generación y clindamicina durante más de 20 días. Enviado a nuestro servicio con cuadro abdominal agudo caracterizado por síndrome disenteriforme con evacuaciones diarreicas líquidas mucosanguinolentas en número de 14 en 24 horas acompañadas de desequilibrio hidroelectrolítico, dolor cólico abdominal, fiebre y distensión abdominal importante. El abdomen se encontró distendido, timpánico. La colonoscopia mostró mucosa inflamatoria con edema, hiperemia con múltiples ulceraciones circulares cubiertas con membranas blanquecinas (Figura 1). Rayos X de abdomen con dilatación de asas intestinales más evidente en ciego mayor de 12 cm (Figura 2). Se diagnosticó como colitis pseudomembranosa recibiendo tratamiento específico sin respuesta a las 48 horas, complicándose con megacolon tóxico, por lo cual fue intervenido quirúrgicamente. Reporte histopatológico de colitis pseudomembranosa (Figura 3).

Dr. José Luis Rocha Ramírez,* Dr. Eduardo Villanueva Sáenz, Dr. Ernesto Sierra Montenegro*

* Servicio Cirugía Colon y Recto Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional (CMN) "Siglo XXI", IMSS.

Correspondencia: Dr. José Luis Rocha Ramírez. Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI. Av. Cuauhtémoc 330, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc, México, D.F. Tel.: 5627-6900, Ext.: 21511.

Recibido para publicación: 11 de marzo de 2004.

Aceptado para publicación: 24 de junio de 2004.