



REVISTA MEXICANA DE

ISSN 2007-9346

# CIRUGÍA DEL APARATO

# DIGESTIVO

Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

**OCTUBRE - DICIEMBRE**

**Vol. 13 No. 4, 2024**

**4**

## EDITORIAL

Discurso del Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis  
en la Ceremonia Inaugural del  
XIV Congreso Internacional de la AMCAD  
Juan Miguel Abdo-Francis

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

Angiodisplasias del colon  
Ulises Rodríguez-Wong, Ulises Rodríguez-Medina, Jorge Feria-Rojas

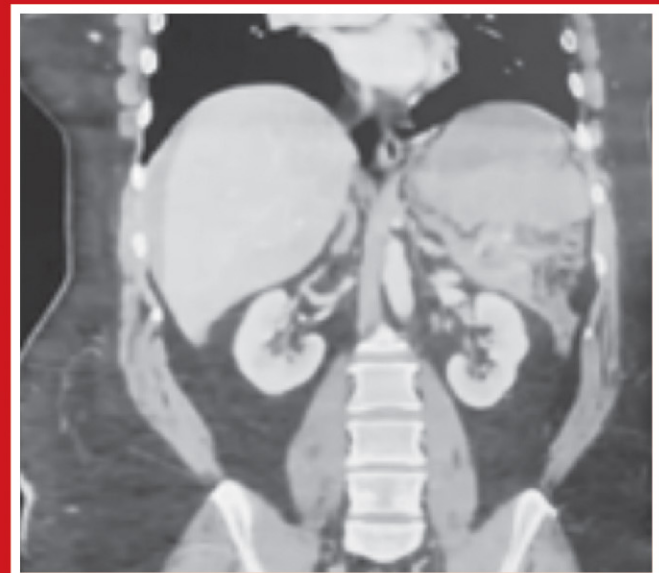
## CASOS CLÍNICOS

Isquemia mesentérica masiva postquirúrgica.  
A propósito de dos casos  
Gustavo Zenteno-Guichard, Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón,  
Jesús Alberto Bahena-Aponte, Jorge González,  
Itzel Ariana Campuzano-González, Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,  
Mónica de Jesús Mosso, Víctor Ordaz-Calvo,  
Alfredo Colex-Machuca, Cindy Belén Larumbe-Hernández,  
Gerardo Vázquez-Rodríguez, Juan José Núñez-Bacarreza,  
José Antonio Mata-Martínez, Quintín Héctor González-Contreras

Oclusión intestinal secundaria a hernia interna  
por divertículo de Meckel.  
Reporte de un caso  
Gustavo Zenteno-Guichard, Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón,  
Jesús Alberto Bahena-Aponte, Jorge González,  
Itzel Ariana Campuzano-González, Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,  
Mónica de Jesús Mosso, Víctor Ordaz-Calvo,  
Alfredo Colex-Machuca, Cindy Belén Larumbe-Hernández,  
Gerardo Vázquez-Rodríguez, Quintín Héctor González-Contreras

Ruptura esplénica espontánea.  
Reporte de un caso  
Daniel Alberto Chacón-Ovando, Gustavo Zenteno-Guichard,  
Jesús Ocampo, Rommel Ramírez-López, Jesús Alberto Bahena-Aponte,  
Jorge González, Itzel Ariana Campuzano-González,  
Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia, Mónica de Jesús Mosso,  
Alfredo Colex-Machuca, Cindy Belén Larumbe-Hernández,  
Gerardo Vázquez-Rodríguez,  
Quintín Héctor González-Contreras

Íleo biliar.  
Caso reportado y revisión de la literatura  
Jorge Feria-Rojas, Tonatiuh Saucedo-López,  
Daniela Rodríguez Ramírez, Karla Guarneros-López





Academia  
Mexicana de  
Cirugía A.C.



**La Academia Mexicana de Cirugía**  
lamenta profundamente el sensible fallecimiento,  
del distinguido Académico Emérito



**Dr. Alejandro Aceff González**  
Sitial Cirugía del Aparato Digestivo  
Acaecido en la ciudad de Pachuca el día de hoy

Hacemos extensivas nuestras sentidas condolencias a su  
apreciable familia y seres queridos, con nuestro  
sincero deseo de esperanza y fortaleza ante  
tan dolorosa pérdida.

Descanse en paz.

Ciudad de México, 06 de diciembre de 2024.

Acad. Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
Presidente

Acad. Dr. Javier Dávila Torres  
Secretario



Órgano Oficial de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

OCTUBRE-DICIEMBRE, 2024

Vol. 13, No. 4

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO, A. C.

MESA DIRECTIVA

2024-2025

**PRESIDENTE**

Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis

**VICEPRESIDENTE**

Dra. Gloria González Uribe

**SECRETARIA**

Dra. Elena López Gavito

**TESORERO**

Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong

**CONSEJO CONSULTIVO**

Acad. Dr. Javier García Álvarez  
Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong  
Acad. Dr. Gonzalo Torres Villalobos  
Acad. Dr. Quintín Héctor González Contreras

**COMITÉ CIENTÍFICO**

**VOCALES**

Dr. Alejandro Gonzalez Ojeda  
Dr. Ángel Andrés Reyes Dorantes  
Dr. Carlos González De Cossio Corredor  
Dr. Fernando Pérez Aguilar  
Dr. Abraham Pulido Cejudo  
Dr. Fernando Antonio Rodríguez Salgado  
Dr. Daniel Flores Cruz Manjarrez

**COORDINADOR DE RELACIONES INTERNACIONALES**

Dr. Eduardo Montalvo Javé, FACS

**COMITÉ EDITORIAL Y PÁGINA WEB**

Acad. Dr. Ulises Rodríguez Wong, FICS

**REVISTA MEXICANA DE  
CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO**

**Publicación Trimestral**

**DIRECTOR**

Acad. Dr. Oscar Chapa Azuela

**EDITOR EN JEFE**

Dr. Ulises Rodríguez Wong

**CONSEJO EDITORIAL**

Dr. Armando Vargas Domínguez  
Dr. Alejandro Aceff González  
Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz  
Dr. Eduardo Prado Orozco  
Dr. Eduardo Montalvo Javé  
Dr. Javier García Álvarez  
Dr. Ulises Rodríguez Wong  
Dr. Gonzalo Torres Villalobos  
Dr. Quintín Héctor González Contreras

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO, Año 13, Vol. 13, Núm. 4, Octubre-Diciembre 2024, es una publicación trimestral editada por la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C. Calle Tlaxcala No. 161, Int. 501, Col. Hipódromo Condesa, Alcaldía Cuauhtémoc, C.P. 06170, Tels. 55 5286-9218 y 55 5211-4019. Correo electrónico: revista.amcad@hotmail.com. Editor responsable: Dr. Ulises Rodríguez Wong. Reserva de Derecho al Uso Exclusivo: 04-2021-091317214200-102. ISSN: 2007-9346. Licitud de Título y Contenido: En trámite.

Arte, diseño, composición tipográfica, proceso fotomecánico, impresión y acabado por CASA EDITORIAL. Calzada de los Misterios No. 559, Col. Industrial. C.P. 07800. Alcaldía Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Correo electrónico: g.rosales.j@hotmail.com. Este número se terminó de imprimir en Diciembre de 2024.

Los conceptos publicados en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente las recomendaciones de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

Derechos reservados para todos los países signatarios de la Convención Panamericana y de la Convención Internacional sobre Derechos de Autor. Copyright©  
Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación, sin previa autorización del Editor y mención de la fuente.  
Suscripción anual \$ 400.00 M.N. Suscripción para el extranjero \$ 20.00 US dólares, favor de enviar cheque o giro postal a nombre de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, A.C.

## Contenido

### EDITORIAL

- Discurso del Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis en la Ceremonia Inaugural del XV Congreso Internacional de la AMCAD** ..... 101  
Juan Miguel Abdo-Francis

### ARTÍCULO DE REVISIÓN

- Angiodisplasias del colon** ..... 104  
Ulises Rodríguez-Wong, Ulises Rodríguez-Medina, Jorge Feria-Rojas

### CASOS CLÍNICOS

- Isquemia mesentérica masiva postquirúrgica.**  
**A propósito de dos casos** ..... 111  
Gustavo Zenteno-Guichard, Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón,  
Jesús Alberto Bahena-Aponte, Jorge González, Itzel Ariana Campuzano-González,  
Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia, Mónica de Jesús Mosso, Víctor Ordaz-Calvo,  
Alfredo Colex-Machuca, Cindy Belén Larumbe-Hernández, Gerardo Vázquez-Rodríguez,  
Juan José Núñez-Bacarreza, José Antonio Mata-Martínez,  
Quintín Héctor González-Contreras

- Oclusión intestinal secundaria a hernia interna por divertículo de Meckel**  
**Reporte de un caso** ..... 116  
Gustavo Zenteno-Guichard, Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón,  
Jesús Alberto Bahena-Aponte, Jorge González, Itzel Ariana Campuzano-González,  
Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia, Mónica de Jesús Mosso, Víctor Ordaz-Calvo,  
Alfredo Colex-Machuca, Cindy Belén Larumbe-Hernández, Gerardo Vázquez-Rodríguez,  
Quintín Héctor González-Contreras

- Ruptura esplénica espontánea.**  
**Reporte de un caso** ..... 120  
Daniel Alberto Chacón-Ovando, Gustavo Zenteno-Guichard,  
Jesús Ocampo, Rommel Ramírez-López, Jesús Alberto Bahena-Aponte,  
Jorge González, Itzel Ariana Campuzano-González,  
Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia, Mónica de Jesús Mosso,  
Alfredo Colex-Machuca, Cindy Belén Larumbe-Hernández,  
Gerardo Vázquez-Rodríguez, Quintín Héctor González-Contreras

- Íleo biliar.**  
**Caso reportado y revisión de la literatura** ..... 124  
Jorge Feria-Rojas, Tonatiuh Saucedo-López,  
Daniela Rodríguez Ramírez, Karla Guarneros-López





## *Contents*

### EDITORIAL

- Speech by the Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis at the Inaugural Ceremony of the XV AMCAD International Congress..... 101**  
Juan Miguel Abdo-Francis

### REVIEW ARTICLE

- Angiodysplasias of the colon ..... 104**  
Ulises Rodríguez-Wong, Ulises Rodríguez-Medina, Jorge Feria-Rojas

### CLINICAL CASES

- Post-surgery massive mesenteric ischemia. Relating to two cases ..... 111**

Gustavo Zenteno-Guichard, Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón,  
Jesús Alberto Bahena-Aponte, Jorge González, Itzel Ariana Campuzano-González,  
Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia, Mónica de Jesús Mosso, Víctor Ordaz-Calvo,  
Alfredo Colex-Machuca, Cindy Belén Larumbe-Hernández, Gerardo Vázquez-Rodríguez,  
Juan José Núñez-Bacarreza, José Antonio Mata-Martínez,  
Quintín Héctor González-Contreras

- Intestinal occlusion secondary to the internal hernia due to Meckel's diverticulum. Case report ..... 116**

Gustavo Zenteno-Guichard, Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón,  
Jesús Alberto Bahena-Aponte, Jorge González, Itzel Ariana Campuzano-González,  
Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia, Mónica de Jesús Mosso, Víctor Ordaz-Calvo,  
Alfredo Colex-Machuca, Cindy Belén Larumbe-Hernández, Gerardo Vázquez-Rodríguez,  
Quintín Héctor González-Contreras

- Spontaneous splenic rupture. Case report ..... 120**

Daniel Alberto Chacón-Ovando, Gustavo Zenteno-Guichard,  
Jesús Ocampo, Rommel Ramírez-López, Jesús Alberto Bahena-Aponte,  
Jorge González, Itzel Ariana Campuzano-González,  
Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia, Mónica de Jesús Mosso,  
Alfredo Colex-Machuca, Cindy Belén Larumbe-Hernández,  
Gerardo Vázquez-Rodríguez, Quintín Héctor González-Contreras

- Gallstone ileus. A case report and review of the literature..... 124**

Jorge Feria-Rojas, Tonatiuh Saucedo-López,  
Daniela Rodríguez Ramírez, Karla Guarneros-López

# Discurso del Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis en la Ceremonia Inaugural del XIV Congreso Internacional de la AMCAD

Juan Miguel Abdo-Francis\*

\* Presidente de la AMCAD. 2024-2025.

## *Speech by the Acad. Dr. Juan Miguel Abdo Francis at the Inaugural Ceremony of the XIV AMCAD International Congress*

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2024 / p. 101-103

Estimados socios y amigos de la AMCAD:

Hemos dado inicio a una nueva gestión directiva con entusiasmo y deseo de servir a nuestra querida asociación de la mejor manera posible brindando el mayor de nuestros esfuerzos.

La Mesa Directiva que tengo el honor de presidir cuenta con la participación de destacados cirujanos y endoscopistas reconocidos por sus aportaciones académicas (*Figura 1*).



*Figura 1. De izquierda a derecha: El Acad. Dr. Juan Miguel Abdo-Francis, acompañado por el Acad. Dr. Miguel Ángel Mercado-Díaz y el Acad. Dr. Eduardo Montalvo-Javé.*

### Correspondencia:

Acad. Dr. Juan Miguel Abdo-Francis  
Correo electrónico: drjuanmiguelabdo@yahoo.com



Figura 2. Reunión Regional Sur.

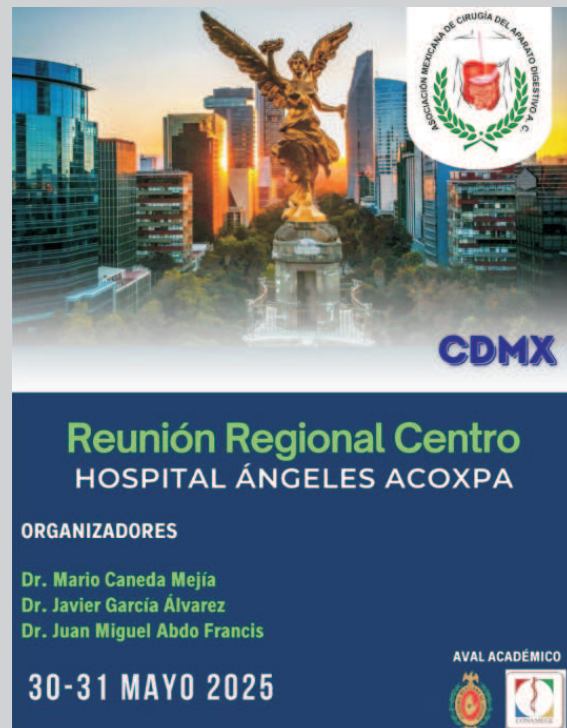


Figura 4. Reunión Regional Centro.



Figura 3. Reunión Regional Norte.



Figura 5. XV Congreso Internacional de la AMCAD.

Durante la administración que inicia:

- Se llevarán a cabo 10 sesiones mensuales transmitidas en vivo el último miércoles de cada mes; se contará con la participación de reconocidos expertos en las diversas áreas que abarca la cirugía del aparato digestivo. Estas sesiones tendrán como coordinadora a la Dra. Lilia Cote.
- Se tendrán tres reuniones regionales:

La primera el 7 y 8 de febrero en San Cristóbal de las Casas, Chiapas bajo la dirección de los doctores Francisco Ramos Narváez y Gonzalo Torres Villalobos (*Figura 2*).

La segunda el 13 y 14 de marzo en Mazatlán, Sinaloa, a cargo de los doctores Elena López Gabito y Héctor F. Noyola (*Figura 3*).

La tercera el 30 y 31 de mayo en la Ciudad de México en el hospital Ángeles Acoxa, dirigida por los doctores Mario Caneda y Javier García Álvarez (*Figura 4*).

- Así mismo los días 27 y 28 de marzo en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el auditorio Dr. Abraham Ayala González, se tendrá un evento magno de obesidad, síndrome metabólico y MASLD con la participación de la AMCAD, la AMH la AMEG y el propio Hospital General.
- Finalmente, las actividades académicas de la AMCAD concluirán del 14 al 16 de agosto en Guadalajara, Jalisco, en el hotel Barceló donde se llevará a cabo el congreso internacional con la participación de destacados profesores (de varios países) y la sesión de homenaje a nuestro estimado ex presidente el Dr. Miguel Ángel Mercado (*Figura 5*). Este congreso estará coordinado por el Dr. José Ángel Córdova Villalobos presidente de la Academia Mexicana de Cirugía y nuestros ex presidentes, los doctores, Oscar Chapa Azuela y Eduardo Montalvo Javé.

Los invitamos a sumarse a estos esfuerzos académicos que tienen como objetivo central incrementar el conocimiento de los médicos asistentes y participantes para beneficio de los pacientes (que son la razón de ser de nuestras acciones médicas) a más de ser una oportunidad para estrechar lazos de amistad y fortalecer a nuestra Asociación.

**Acad. Dr. Juan Miguel Abdo-Francis**  
*Presidente de la AMCAD*  
2024-2025







# Angiodisplasias del colon

Ulises Rodríguez-Wong,\* Ulises Rodríguez-Medina,\*\* Jorge Feria-Rojas\*\*\*

\* Cirujano Gastroenterólogo y Coloproctólogo. Hospital Angeles Health System.  
Maestro en Ciencias de la Salud. Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas.

\*\* Doctor en Ciencias Sociales y Administrativas. Médico Residente de Medicina Interna, University of New Mexico Hospital, USA.

\*\*\* Cirujano General. Hospital General de Zona No. 8, IMSS.

## Angiodysplasias of the colon

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2024 / p. 104-110

### RESUMEN

Las angiodisplasias del colon son anomalías vasculares caracterizadas por una red de vasos sanguíneos dilatados en la mucosa y submucosa del intestino grueso. Estas malformaciones se deben a alteraciones en los vasos que provocan su expansión y fragilidad, haciéndolos propensos al sangrado. Las angiodisplasias son especialmente comunes en personas mayores y se consideran una de las principales causas de sangrado gastrointestinal en esta población.

Aunque las angiodisplasias pueden desarrollarse en cualquier sección del tracto gastrointestinal, la mayoría se localizan en el colon derecho, principalmente en el ciego y el colon ascendente. Se diferencian de otros trastornos gastrointestinales por su relación con el envejecimiento y enfermedades crónicas.

Las angiodisplasias pueden ser asintomáticas, descubriéndose durante estudios de imagen o endoscopias realizadas por otras razones, o sintomáticas cuando causan sangrado. Este puede ser intermitente o leve, provocando anemia crónica que reduce la calidad de vida del paciente, o agudo y grave, poniendo en riesgo la estabilidad hemodinámica del paciente y requiriendo atención urgente.

Dado que el diagnóstico de angiodisplasias del colon depende en gran medida de técnicas como la colonoscopia, la identificación y el tratamiento han mejorado significativamente en las últimas décadas. Los avances en las terapias endoscópicas han permitido tratar las lesiones de manera eficaz, aunque en casos severos o recurrentes puede ser necesario el empleo de medicamentos específicos o, en casos extremos, la cirugía está indicada.

### ABSTRACT

*Angiodysplasias of the colon are vascular abnormalities characterized by a network of dilated blood vessels in the mucosa and submucosa of the large intestine. These malformations are due to alterations in the vessels that cause their expansion and fragility, making them prone to bleeding. Angiodysplasias are especially common in older people and are considered one of the main causes of gastrointestinal bleeding in this population.*

*Although angiodysplasias can develop in any section of the gastrointestinal tract, most are located in the right colon, mainly in the cecum and ascending colon. They are differentiated from other gastrointestinal disorders by their relationship with aging and chronic diseases.*

*Angiodysplasias may be asymptomatic, discovered during imaging studies or endoscopies performed for other reasons or symptomatic when they cause bleeding. This may be intermittent or mild; causing chronic anemia that reduces the patient's quality of life, or acute and severe, putting the patient's hemodynamic stability at risk and requiring urgent care.*

*Since the diagnosis of colonic angiodysplasias depends largely on techniques such as colonoscopy, identification and treatment have improved significantly in recent decades. Advances in endoscopic therapies have allowed lesions to be treated effectively, although in severe or recurrent cases, the use of specific medications or, in extreme cases, surgery may be necessary.*

*Due to the high prevalence and potential impact on quality of life, the study and treatment of colonic angiodysplasias have become highly relevant in geriatrics and gastroenterology. Early identification in high-risk patients, such as those with renal failure or aortic ste-*

### Correspondencia:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong

Tepic, Núm. 113, Int. 611, Col. Roma Sur. C.P. 06760. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México

Tel.: 55 5264-8266. Correo electrónico: ulisesromed@prodigy.net.mx

Debido a la alta prevalencia y al impacto potencial en la calidad de vida, el estudio y tratamiento de las angiodisplasias del colon han cobrado gran relevancia en geriatría y gastroenterología. La identificación temprana en pacientes de alto riesgo, como aquellos con insuficiencia renal o estenosis aórtica, permite implementar medidas preventivas y terapéuticas que pueden reducir la incidencia de episodios de sangrado y anemia asociados a estas lesiones.

**Palabras clave.** Angiodisplasias, colon, angiodisplasias del colon, hemorragia intestinal, lesiones vasculares del colon.

*nosis, allows preventive and therapeutic measures to be implemented that can reduce the incidence of bleeding episodes and anemia associated with these lesions.*

**Key words.** *Angiodysplasias, colon, colonic angiodysplasias, intestinal bleeding, vascular lesions of the colon.*

## INTRODUCCIÓN

Las angiodisplasias del colon son anomalías vasculares caracterizadas por una red de vasos sanguíneos dilatados en la mucosa y submucosa del intestino grueso. Estas malformaciones se deben a alteraciones en los vasos que provocan su expansión y fragilidad, haciéndolos propensos al sangrado.<sup>1</sup> Las angiodisplasias son especialmente comunes en personas mayores y se consideran una de las principales causas de sangrado gastrointestinal en esta población. Además de ser una causa frecuente de anemia crónica en ancianos, también pueden ser responsables de episodios de sangrado visible por vía transrectal.<sup>2</sup>

A diferencia de otras anomalías vasculares del sistema digestivo, como los hemangiomas, las angiodisplasias son adquiridas más que congénitas. Su aparición se relaciona con cambios en la estructura y función de los vasos sanguíneos colónicos a lo largo del tiempo, especialmente en áreas donde la circulación sanguínea es más lenta o tiene mayor presión. Aunque las angiodisplasias pueden desarrollarse en cualquier sección del tracto gastrointestinal, la mayoría se localizan en el colon derecho, principalmente en el ciego y el colon ascendente.

En el contexto clínico, se diferencian de otros trastornos gastrointestinales por su relación con el envejecimiento y enfermedades crónicas. Condiciones como la insuficiencia renal crónica, la enfermedad de von Willebrand y la estenosis aórtica han sido vinculadas a un mayor riesgo de desarrollar angiodisplasias. Estas enfermedades, al afectar el flujo sanguíneo o la coagulación, incrementan el riesgo de sangrado de los vasos frágiles en el colon, facilitando así la aparición de síntomas clínicos.

Las angiodisplasias pueden ser asintomáticas, descubriéndose durante estudios de imagen o endoscopias realizadas por otras razones, o sintomáticas cuando causan sangrado. Este

puede ser intermitente o leve, provocando anemia crónica que reduce la calidad de vida del paciente, o agudo y grave, poniendo en riesgo la estabilidad hemodinámica del paciente y requiriendo atención urgente.

Dado que el diagnóstico de angiodisplasias del colon depende en gran medida de técnicas como la colonoscopia, la identificación y el tratamiento han mejorado significativamente en las últimas décadas. Los avances en las terapias endoscópicas han permitido tratar las lesiones de manera eficaz, aunque en casos severos o recurrentes puede ser necesario el empleo de medicamentos específicos o, en última instancia, la cirugía.

## EPIDEMIOLOGÍA

Las angiodisplasias del colon son una causa frecuente de sangrado gastrointestinal en personas de edad avanzada, especialmente en mayores de 60 años, y su prevalencia aumenta significativamente con la edad. Se estima que entre el 1% y el 6% de las personas en este rango etario presentan angiodisplasias en el colon, aunque solo una fracción de estos casos desarrollará síntomas clínicos o sangrado. La frecuencia de angiodisplasias parece duplicarse en personas mayores de 80 años, reflejando cómo el envejecimiento afecta la integridad de los vasos sanguíneos en el tracto gastrointestinal.<sup>3</sup>

Estas lesiones vasculares se observan con mayor frecuencia en el colon derecho, sobre todo en el ciego y el colon ascendente. Esta distribución se relaciona con características hemodinámicas únicas de esta región, como el menor flujo de oxígeno y la presión venosa elevada en la pared intestinal. Esto contribuye a la degeneración de los vasos en esta área, facilitando el desarrollo de angiodisplasias. Además, la falta de válvulas en las venas del colon favorece el estancamiento de la sangre y el desarrollo de presión capilar elevada, lo que también influye en la formación de estas lesiones.

Las angiodisplasias afectan tanto a hombres como a mujeres, aunque algunos estudios sugieren una ligera prevalencia en mujeres, especialmente entre aquellos con enfermedades subyacentes. En personas con enfermedades crónicas como la insuficiencia renal y la estenosis aórtica, se observa una mayor incidencia de angiodisplasias. En pacientes con estenosis aórtica, se ha observado un fenómeno llamado síndrome de Heyde, en el que la coexistencia de esta estenosis con angiodisplasias en el tracto gastrointestinal aumenta el riesgo de sangrado. Se cree que este síndrome ocurre porque el flujo sanguíneo turbulento causado por la estenosis aórtica fragmenta el factor de von Willebrand,<sup>4</sup> una proteína esencial en la coagulación, lo que facilita los episodios hemorrágicos en pacientes con angiodisplasias.

En términos de detección, la alta prevalencia de angiodisplasias en ancianos y la mejora en las técnicas de imagenología han permitido un diagnóstico más frecuente de estas lesiones, incluso en casos asintomáticos.<sup>5</sup> En estudios de autopsias, se ha demostrado que aproximadamente el 20% de los ancianos presentan alguna forma de angiodisplasia en el colon, lo cual sugiere que muchas personas pueden tener estas anomalías vasculares sin desarrollarlas a un nivel clínicamente significativo. En contraste, en adultos jóvenes, las angiodisplasias son extremadamente raras y generalmente están asociadas con condiciones congénitas o síndromes vasculares específicos.

Debido a la alta prevalencia y al impacto potencial en la calidad de vida, el estudio y tratamiento de las angiodisplasias del colon han cobrado gran relevancia en geriatría y gastroenterología. La identificación temprana en pacientes de alto riesgo, como aquellos con insuficiencia renal o estenosis aórtica, permite implementar medidas preventivas y terapéuticas que pueden reducir la incidencia de episodios de sangrado y anemia asociados a estas lesiones.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las angiodisplasias del colon pueden presentar un espectro variado de signos y síntomas, dependiendo de la severidad del sangrado y de la cantidad de lesiones presentes en el colon. En algunos casos, las angiodisplasias permanecen asintomáticas y son descubiertas incidentalmente durante estudios endoscópicos realizados por otras razones. Sin embargo, cuando son sintomáticas, las manifestaciones clínicas suelen estar relacionadas con el sangrado gastrointestinal, que puede ser intermitente o crónico y que tiene un impacto importante en la calidad de vida del paciente.<sup>5,6</sup>

La aparición de sangre por vía transrectal es el síntoma más común y ocurre en aproximadamente el 40-60% de los pacientes con angiodisplasias activas. Este tipo de sangrado se caracteriza por la presencia de sangre roja o marrón en las

heces, debido a que el sangrado se origina en el colon, generalmente en el ciego o colon ascendente. La hematoquecia suele ser leve a moderada, pero en casos más severos puede ser abundante y requerir intervención urgente. Este síntoma puede aparecer de forma intermitente y es común que cese espontáneamente, aunque puede recurrir en meses o años.<sup>7</sup>

La melena es menos frecuente que la hematoquecia, y puede ocurrir en aquellos casos en los que el sangrado es lento o proviene de una angiodisplasia ubicada en el colon proximal. La melena se caracteriza por heces malolientes y de color negro, resultado de la degradación de la sangre al pasar a lo largo del tracto gastrointestinal. Esto sugiere un sangrado lento y continuo que puede pasar inadvertido inicialmente, pero que, con el tiempo, ocasiona síntomas de anemia.

En pacientes con episodios recurrentes de sangrado o con sangrado lento y continuo, es común el desarrollo de anemia ferropénica. Los síntomas de anemia como la fatiga, el cansancio, la palidez, la disnea y las palpitaciones, pueden ser los primeros signos en pacientes con angiodisplasias de bajo grado que no presentan sangrado visible. La anemia afecta la calidad de vida del paciente y, en casos graves, puede requerir transfusiones de sangre o suplementos de hierro.

Por otra parte, algunos pacientes pueden presentar dolor abdominal leve o molestias digestivas, aunque esto es menos común y no se considera una característica principal de las angiodisplasias. Cuando están presentes, estos síntomas suelen estar relacionados con la irritación de la mucosa por el sangrado crónico o por el proceso inflamatorio que rodea a las lesiones vasculares.

Las angiodisplasias suelen coexistir con condiciones como la estenosis aórtica, la insuficiencia renal crónica y la enfermedad de von Willebrand.<sup>8</sup> En estos pacientes, la hemorragia por angiodisplasias tiende a ser más severa y recurrente debido a la alteración de la coagulación o de la presión vascular en el colon. En casos de estenosis aórtica, por ejemplo, la fragmentación del factor de von Willebrand exacerba el riesgo de hemorragia y puede hacer que el manejo clínico sea más complejo.

El curso clínico de las angiodisplasias del colon es variable. Algunos pacientes experimentan un solo episodio de sangrado leve que se resuelve espontáneamente, mientras que otros sufren de sangrado recurrente que puede afectar considerablemente su salud. La recurrencia es común en pacientes mayores o en aquellos con enfermedades asociadas, como los que presentan insuficiencia renal crónica o estenosis aórtica.<sup>9-11</sup> En estos casos, los episodios de sangrado pueden volverse más frecuentes y más difíciles de controlar, a menudo requiriendo tratamiento endoscópico repetido o, en casos extremos, cirugía.

En personas mayores, las angiodisplasias son una de las causas más comunes de anemia por deficiencia de hierro.

La anemia en estos pacientes a menudo se manifiesta con síntomas de fatiga y debilidad generalizada, lo cual puede confundirse con el proceso normal de envejecimiento.<sup>12,13</sup>

Los pacientes con condiciones subyacentes como la insuficiencia renal crónica y la enfermedad de von Willebrand son particularmente vulnerables a la hemorragia recurrente y severa debido a las alteraciones en la coagulación y el estado de los vasos sanguíneos. En estos casos, el riesgo de episodios de hemorragia severa es mayor, y el manejo clínico requiere un enfoque multidisciplinario que incluye el control de la enfermedad subyacente para reducir el riesgo de hemorragia.

## DIAGNÓSTICO

Las angiodisplasias del colon representan un desafío diagnóstico, ya que los episodios de sangrado pueden ser intermitentes y difíciles de localizar. La combinación de técnicas endoscópicas, pruebas de imagen y métodos especializados ayuda a una detección precisa y al manejo adecuado de esta enfermedad.

La colonoscopia sigue siendo la herramienta de diagnóstico más eficaz y ampliamente utilizada para las angiodisplasias colónicas, permitiendo tanto la visualización como la intervención terapéutica. En este procedimiento, el médico puede identificar las angiodisplasias como áreas vasculares dilatadas, a menudo de color rojizo o púrpura. Estas lesiones son generalmente planas o ligeramente elevadas y se localizan principalmente en el colon derecho, especialmente en el ciego.

Con el avance de la tecnología, la colonoscopia de alta definición permite una visualización más detallada de la mucosa colónica y las estructuras vasculares, mejorando la precisión diagnóstica. La cromoscopia y la endoscopia con luz de banda estrecha (NBI), son técnicas que utilizan colorantes o luz de banda estrecha para mejorar el contraste entre los vasos y el tejido circundante, facilitando la detección de angiodisplasias más pequeñas o sutiles que podrían pasar inadvertidas en una colonoscopia convencional.

La utilización de cápsula endoscópica es especialmente útil para identificar fuentes de sangrado oculto en el intestino delgado, donde también pueden localizarse angiodisplasias.<sup>14</sup> Este procedimiento es menos invasivo, aunque no permite una intervención directa sobre las lesiones identificadas. La cápsula se mueve a lo largo del tracto gastrointestinal mientras captura imágenes, que son luego revisadas para identificar anomalías vasculares.

La endoscopia con cápsula es menos efectiva en el colon debido al tiempo prolongado que tarda la cápsula en atravesar esta sección del tracto gastrointestinal. Además, en casos de estenosis u obstrucción, la cápsula podría quedar retenida.

La angiografía es una técnica invasiva que se reserva principalmente para pacientes con hemorragias activas y persistentes que requieren localización urgente y potencial intervención terapéutica.<sup>15</sup> Este procedimiento utiliza un medio de contraste inyectado en las arterias mesentéricas, y las imágenes obtenidas pueden identificar puntos de extravasación de contraste indicativos de sangrado.

Además de localizar el sitio de sangrado, la angiografía permite realizar procedimientos terapéuticos, como la embolización, para detener el sangrado. También se pueden administrar vasopresores para reducir el flujo sanguíneo y controlar temporalmente la hemorragia.

La angiografía por tomografía computarizada (Angio-TC) es menos invasiva y puede ser una alternativa para pacientes que no están en condiciones para someterse a una angiografía convencional. La Angio-TC permite la evaluación rápida del sistema vascular y es útil en pacientes hemodinámicamente inestables.

La gammagrafía con eritrocitos marcados con tecnecio-99m es una técnica útil en casos de sangrado intermitente o de bajo volumen que no se ha identificado con colonoscopia o angiografía. En este procedimiento, los glóbulos rojos del paciente se marcan con un radioisótopo y luego se reinfunden, lo que permite observar la salida de la sangre en imágenes si el sangrado está activo durante el estudio. Aunque menos específica que la angiografía, esta técnica puede detectar sangrados a partir de volúmenes muy bajos, de alrededor de 0.1 mL/minuto, lo que permite la identificación de sangrado lento y discreto. Sin embargo, no permite la intervención directa, y si el sangrado es de muy bajo volumen, puede ser difícil localizar el sitio exacto. Este método también tiene una resolución espacial limitada comparado con la angiografía.

La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) pueden ayudar en la evaluación inicial y en la planificación de tratamientos cuando hay sospecha de anomalías estructurales o sangrados gastrointestinales de origen oscuro. En particular, la Angio-TC se ha convertido en una herramienta complementaria importante en pacientes con inestabilidad hemodinámica que requieren una evaluación rápida.

La Angio-TAC puede ayudar a identificar puntos de sangrado activo en el abdomen y el tracto gastrointestinal, proporcionando una alternativa menos invasiva a la angiografía en pacientes en quienes esta última esté contraindicada. La resonancia magnética se utiliza con menos frecuencia, pero puede ser útil en la evaluación del sistema vascular colónico en casos complejos o en pacientes alérgicos a los medios de contraste yodados utilizados en la TC.

Así mismo, las pruebas de laboratorio son fundamentales en la evaluación y el monitoreo de pacientes con angiodisplasias, especialmente cuando el sangrado es crónico y los

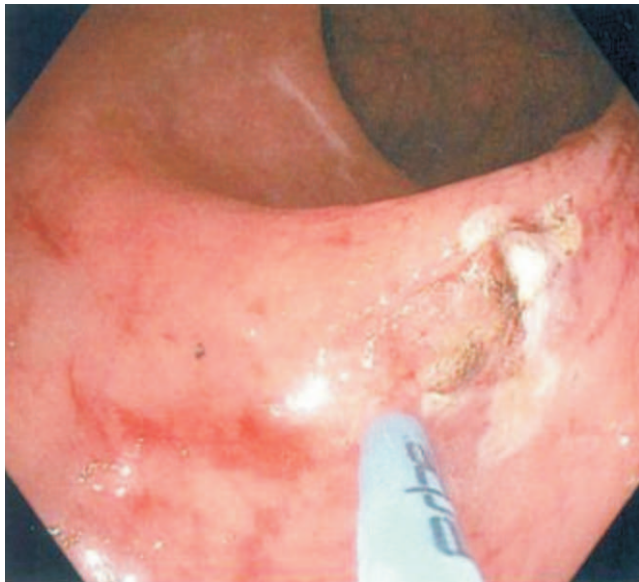


síntomas se deben a la pérdida gradual de sangre. La citología hemática ayuda a evaluar el nivel de anemia y la severidad de la pérdida de sangre. La anemia ferropénica es común en estos pacientes debido al sangrado crónico. La ferritina baja y la reducción de la saturación de transferrina son comunes en pacientes con anemia crónica por pérdida de sangre. Las pruebas de coagulación son especialmente útiles en pacientes con sangrado recurrente para descartar o confirmar alteraciones en la coagulación, como el síndrome de Heyde (asociado a estenosis aórtica y deficiencia del factor von Willebrand).

Con lo que respecta al diagnóstico diferencial, es esencial distinguir las angiodisplasias de otras causas de sangrado gastrointestinal, como enfermedad diverticular del colon, pólipos, neoplasias, colitis isquémica y enfermedades inflamatorias intestinales. Cada una de estas condiciones presenta características clínicas e imágenes diferentes. La combinación de colonoscopia y pruebas de imagen permite al médico establecer un diagnóstico preciso y evitar confusiones con otras enfermedades que también pueden causar sangrado en el tracto gastrointestinal.

## TRATAMIENTO

El tratamiento de las angiodisplasias del colon depende de la severidad de los síntomas, la frecuencia de los episodios de sangrado y las condiciones subyacentes del paciente. En casos asintomáticos o con hemorragias leves, se puede optar por la observación y monitoreo, mientras que en casos de sangrado activo o recurrente se requiere de intervenciones



**Figura 1.** Utilización de argón plasma en el tratamiento de las angiodisplasias del colon.

terapéuticas, que pueden ser endoscópicas, farmacológicas, o quirúrgicas en situaciones graves.

El tratamiento endoscópico es la primera línea de manejo en pacientes con sangrado activo o recurrente debido a angiodisplasias. Los procedimientos endoscópicos permiten la visualización y la intervención en el mismo acto, lo cual es ideal en casos de sangrado agudo.

La coagulación con argón plasma (APC) es una de las técnicas más utilizadas debido a su eficacia y su bajo riesgo de complicaciones. El APC aplica energía térmica a través de un gas de argón ionizado, lo cual coagula los vasos afectados sin necesidad de contacto directo (*Figura 1*). Este método es especialmente útil en el colon derecho, donde el riesgo de perforación es menor con APC que con otras técnicas.<sup>16,17</sup>

La electrocoagulación y la coagulación con láser son otras alternativas.<sup>18</sup> La electrocoagulación aplica corriente eléctrica directamente a las lesiones para detener el sangrado, mientras que el láser utiliza energía lumínica de alta potencia para coagular los vasos. Estos métodos suelen usarse en lesiones más profundas o cuando el APC no es efectivo, aunque tienen un mayor riesgo de complicaciones en el colon derecho.

La esclerosis endoscópica implica inyectar sustancias esclerosantes en las angiodisplasias, lo cual induce fibrosis en los vasos y ayuda a controlar el sangrado. Los clips endoscópicos, en cambio, se colocan sobre la lesión para cerrar los vasos sangrantes. Aunque la aplicación de clips no es una técnica de primera elección para las angiodisplasias, puede ser útil en combinaciones o cuando otros métodos fallan.

El tratamiento farmacológico se considera cuando el tratamiento endoscópico no es posible o no ha tenido éxito, y cuando se necesita un enfoque a largo plazo en pacientes con sangrado recurrente. Los análogos de la somatostatina, como la octreotida, son medicamentos que disminuyen el flujo sanguíneo visceral y reducen la formación de nuevos vasos anormales. Estos medicamentos son útiles en el manejo a largo plazo de pacientes con sangrado recurrente por angiodisplasias, especialmente en aquellos con enfermedades concomitantes como insuficiencia renal crónica o síndrome de Heyde. La administración puede ser subcutánea o intravenosa, y ha demostrado reducir significativamente la recurrencia del sangrado.

La terapia con estrógenos y progesterona fue ampliamente utilizada en el pasado, su eficacia es cuestionable y actualmente su uso ha disminuido. Los estrógenos y la progesterona ayudan a mejorar la hemostasia en las paredes de los vasos, aunque los estudios recientes sugieren que sus efectos son limitados y que los beneficios pueden no justificar el riesgo de efectos secundarios, como trombosis o aumento del riesgo cardiovascular.

Los medicamentos antiangiogénicos, como el bevacizumab, se están estudiando para el tratamiento de angiodispla-

sias. Estos fármacos inhiben la formación de nuevos vasos sanguíneos y pueden ser efectivos en pacientes con angiodisplasias severas o en aquellos que no han respondido a otras formas de tratamiento. No obstante, su uso aún está en fase de investigación y no se considera una terapia de primera línea.

En pacientes que presentan sangrado severo que no se controla con tratamiento endoscópico, o en aquellos que no son candidatos para endoscopia, la intervención radiológica es una alternativa efectiva. La embolización arterial se realiza a través de una angiografía, en la cual se inyecta un material oclusivo en los vasos que irrigan las angiodisplasias para detener el sangrado, este procedimiento es útil para controlar hemorragias masivas y puede realizarse en pacientes inestables: sin embargo, debido al riesgo de isquemia intestinal, se reserva para casos graves y en pacientes sin alternativas menos invasivas. En el caso de la embolización selectiva, se realiza una embolización más precisa, en la que se ocluyen solo los vasos directamente afectados por las angiodisplasias, preservando el resto del flujo sanguíneo del colon. Esta técnica reduce el riesgo de complicaciones y es especialmente útil en casos de sangrado recurrente localizado.

La cirugía es la última opción en el manejo de angiodisplasias del colon y se reserva para aquellos pacientes que no responden a otros tratamientos o que presentan sangrado recurrente y severo. En pacientes con angiodisplasias localizadas que ocasionan sangrado recurrente, se puede realizar una resección del segmento del colon afectado. Esta intervención puede ser curativa en casos en los que se ha identificado con precisión la zona de las lesiones vasculares. La resección segmentaria es especialmente útil cuando las angiodisplasias se concentran en una única área, como el colon derecho.

En casos extremos y en pacientes con sangrado masivo y múltiples angiodisplasias a lo largo del colon, se puede considerar la colectomía subtotal o total. Este es un procedimiento invasivo y conlleva riesgos importantes, pero puede ser una opción para pacientes jóvenes con sangrado recurrente que no responden a otros tratamientos. Sin embargo, se realiza solo en situaciones críticas debido al impacto en la calidad de vida y el riesgo de complicaciones postoperatorias.

Además de los tratamientos específicos, el manejo de soporte es esencial en pacientes con angiodisplasias y sangrado recurrente. Los pacientes con anemia crónica debido a sangrado intermitente pueden necesitar transfusiones de sangre o suplementos de hierro para mantener niveles adecuados de hemoglobina y mejorar los síntomas de anemia, como la fatiga y la palidez. La recurrencia del sangrado es común en pacientes con angiodisplasias, por lo que el seguimiento regular con estudios de laboratorio y seguimiento endoscópico es importante. En aquellos con factores de riesgo elevados, como la estenosis aórtica o la insuficiencia renal, la monitorización se realiza con mayor frecuencia.

## CONCLUSIÓN

Debido a la alta prevalencia y al impacto potencial en la calidad de vida, el estudio y tratamiento de las angiodisplasias del colon han cobrado gran relevancia en geriatría y gastroenterología. La identificación temprana en pacientes de alto riesgo, como aquellos con insuficiencia renal o estenosis aórtica, permite implementar medidas preventivas y terapéuticas que pueden reducir la incidencia de episodios de sangrado y anemia asociados a estas lesiones.

El pronóstico de las angiodisplasias depende en gran medida de la salud general del paciente y de la respuesta al tratamiento. Aunque pueden recurrir, la mayoría de los pacientes con angiodisplasias tratadas de manera adecuada experimentan una reducción significativa en los episodios de sangrado. En pacientes con enfermedades asociadas como la estenosis aórtica o insuficiencia renal, el manejo adecuado de estas condiciones puede contribuir a reducir la aparición de nuevos episodios de sangrado.

## REFERENCIAS

1. Jackson CS, Strong R. Gastrointestinal Angiodysplasia: Diagnosis and Management. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2017; 27(1): 51-62.
2. García-Compeán D, Del Cueto-Aguilera AN, Jiménez-Rodríguez AR, González-González JA, Maldonado-Garza HJ. Diagnostic and therapeutic challenges of gastrointestinal angiodysplasias: A critical review and viewpoints. *World J Gastroenterol* 2019; 25(21): 2549-64.
3. Cappell MS, Gupta A. Changing epidemiology of gastrointestinal angiodysplasia with increasing recognition of clinically milder cases: Angiodysplasia tend to produce mild chronic gastrointestinal bleeding in a study of 47 consecutive patients admitted from 1980-1989. *Am J Gastroenterol* 1992; 87 (2): 201-6.
4. Moreira VF, Garrido E. Angiodisplasias. *Rev Esp Enferm Dig* (Madrid) 2010; 102 (11): 667.
5. Foutch PG, Rex DK, Lieberman DA. Prevalence and natural history of colonic angiodysplasia among healthy asymptomatic people. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 564-7.
6. Ueno S, Nakase H, Kasahara K, Uza N, Kitamura H, Inoue S, Mikami S, Matsuura M, Chiba T. Clinical features of Japanese patients with colonic angiodysplasia. *J Gastroenterol Hepatol* 2008; 23: e363-e366.
7. Sami SS, Al-Araji SA, Rangunath K. Review article: gastrointestinal angiodysplasia – pathogenesis, diagnosis and management. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 39(1): 15-34.
8. Warkentin TE, Moore JC, Morgan DG. Aortic stenosis and bleeding gastrointestinal angiodysplasia: Is acquired von Willebrand's disease the link? *Lancet* 1992; 340: 35-7.

9. Heyde EC. Gastrointestinal Bleeding in Aortic Stenosis. *N Engl J Med* 1958; 259(4): 196.
10. Shoenfeld Y, Eldar M, Bedazovsky B, Levy MJ, Pinkhas J. Aortic stenosis associated with gastrointestinal bleeding. A survey of 612 patients. *Am Heart J* 1980; 100(2): 179-82.
11. Hasan F, O'Brien CS, Sanyal A, Dalton HR. Aortic stenosis and gastrointestinal bleeding. *J R Soc Med* 2004; 97(2) :81-2.
12. Holleran G, Hall B, Zgaga L, Breslin N, McNamara D. The natural history of small bowel angiodysplasia. *Scand J Gastroenterol* 2016; 51(4): 393-9.
13. Baum S, Athanasoulis CA, Waltman AC, Galdabini J, Schapiro RH, Warshaw AL, Ottinger LW. Angiodysplasia of the right colon: A cause of gastrointestinal bleeding. *AJR Am J Roentgenol* 1977; 129(5): 789-94.
14. Lecleire S, Iwanicki-Caron I, Di-Fiore A, Elie C, Alhameedi R, Ramirez S, Hervé S, Ben-Soussan E, Ducrotté P, Antonietti M. Yield and impact of emergency capsule enteroscopy in severe obscure-overt gastrointestinal bleeding. *Endoscopy* 2012; 44(4): 337-42.
15. Othman MHM, Radwan MEM, Korany M, Maghraby H, Abdel-Rahem EM. Gastrointestinal bleeding caused by angiodysplasia; one stop angiographic diagnosis and endovascular treatment by super selective embolization with polyvinyl alcohol particles. *Egyptian J Radiol Nucl Med* 2010; 41: 491-6.
16. Vargo JJ. Clinical applications of the argon plasma coagulator. *Gastrointest Endosc* 2004; 59(1): 81-8.
17. Olmos JA, Marcolongo M, Pogorelsky V, Varela E, Dávalos JR. Argon plasma coagulation for prevention of recurrent bleeding from GI angiodysplasias. *Gastrointest Endosc* 2004; 60: 881-6.
18. Rutgeerts P, Van Gompel F, Geboes K, Vantrappen G, Broeckaert L, Coremans G. Long term results of treatment of vascular malformations of the gastrointestinal tract by neodymium Yag laser photocoagulation. *Gut* 1985; 26: 586-93.



# Isquemia mesentérica masiva postquirúrgica. A propósito de dos casos

Gustavo Zenteno-Guichard,\* Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón,† Jesús Alberto Bahena-Aponte,‡ Jorge González,§ Itzel Ariana Campuzano-González,¶ Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,¶ Mónica de Jesús Mosso,\*\* Víctor Ordaz-Calvo,† Alfredo Colex-Machuca,† Cindy Belén Larumbe-Hernández,\*\* Gerardo Vázquez-Rodríguez,†† Juan José Núñez-Bacarrea,‡‡ José Antonio Mata-Martínez,§§ Quintín Héctor González-Contreras\*\*\*

\* Cirugía General. Hospital Gilberto Gómez Maza. † Hospital Ángeles Puebla. ‡ Cirugía General, Cirugía Gastrointestinal. § Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. ¶ Estudiante de Medicina. Universidad Anáhuac CDMX. †† Estudiante de Medicina UAMex. ‡‡ Patóloga. Clínica Hospital Central Militar. \*\* Médico Cirujano, Maestría en Heridas y Estomas. Clínica de Gastroenterología Integral, Nutrición y Obesidad en HMG. ††† Cirugía General, Titular del Curso de Cirugía General. Hospital Gilberto Gómez Maza. ‡‡‡ Anestesiólogo, Medicina Crítica. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. §§ Urologo. Hospital Puebla. †††† Cirugía General, Coloproctología. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. CDMX

## Post-surgery massive mesenteric ischemia. Relating to two cases

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2024 / p. 111-115

### RESUMEN

La trombosis mesentérica es una patología poco común, sin embargo, a pesar de ello el médico está expuesto a tratar a pacientes con esta enfermedad. La complejidad de esta patología recae en el difícil diagnóstico ya que las manifestaciones clínicas son insipientes.

Sin embargo, se han presentado casos de trombosis mesentérica en el postquirúrgico tardío en donde el diagnóstico es aún más complejo y las complicaciones más severas. Aunque los dos padecimientos se desarrollen en etapas diferentes ambas patologías presentan una alta mortalidad secundario al riesgo de peritonitis, así como resecciones amplias de intestino delgado. El diagnóstico temprano a partir de la TAC abdominal contrastada nos permitirá determinar la pauta a seguir, las cuales están basadas en manejo médico o quirúrgico.

**Objetivos.** Difundir el principal método diagnóstico de la trombosis mesentérica, con base en estudios de laboratorio y gabinete, así como dar a conocer alternativas en el manejo de primera elección y posibles causas para desarrollar esta patología durante el postquirúrgico.

**Palabras clave.** Trombosis mesentérica postquirúrgica, isquemia mesentérica, choque séptico, neumatosis intestinal, vena mesentérica superior.

### ABSTRACT

*Mesenteric thrombosis is a rare pathology, however, despite this we are exposed to treating a patient with this disease. The complexity of this pathology lies in the difficult diagnosis since the clinical manifestations are insipient.*

*However, there have been cases of mesenteric thrombosis in the late postoperative period where the diagnosis is even more complex and the complications more severe. Although the two conditions develop in different stages, both pathologies present a high mortality secondary to the risk of peritonitis, as well as extensive small intestine resections. Early diagnosis based on contrast-enhanced abdominal CT will allow us to determine the next pause, which is based on medical or surgical management.*

**Objectives.** Disseminate the main diagnostic method, taking into account the studies to be requested both in the laboratory and in the office, as well as the alternatives in first-choice management. And the possible causes of the presentation of this pathology during the postsurgical period.

**Key words.** Post-surgical mesenteric thrombosis, mesenteric ischemia, septic shock, pneumatosis intestinalis, superior mesenteric vein.

### Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras  
Tel.: 55 1353-6641. Correo electrónico: quinhec@hotmail.com



## INTRODUCCIÓN

La trombosis mesentérica es una de las causas de dolor abdominal a la que se puede enfrentar el cirujano general, sin embargo, su incidencia en el diagnóstico en el servicio de urgencias oscila entre el 0.09 y el 0.2%,<sup>1</sup> de todos los ingresos hospitalarios, y es una causa poco común de dolor abdominal.

Sin embargo, aún no se tienen datos concretos sobre la incidencia de esta patología en pacientes post operados, solamente se tienen reportes de casos aislados, en donde independiente del procedimiento realizado, el resultado clínico fue el mismo “trombosis mesentérica”.

El diagnóstico es sumamente complejo en ambos casos, ya que a la exploración física no se presentan signos específicos que nos permitan sospecharla, más en pacientes que presentan un estado de recuperación y donde las manifestaciones clínicas son aún más subjetivas.

El principal método para poder diagnosticar la trombosis mesentérica es la tomografía axial computarizada con medio de contraste IV, este estudio de gabinete que permite valorar la integridad de la vena mesentérica superior y con ello poder realizar el tratamiento oportuno.<sup>2</sup>

La fisiopatología es completamente dependiente del motivo del procedimiento quirúrgico primario, estos pueden estar relacionados con trastornos de la coagulación, traumatismo, así como aumento de la presión abdominal.

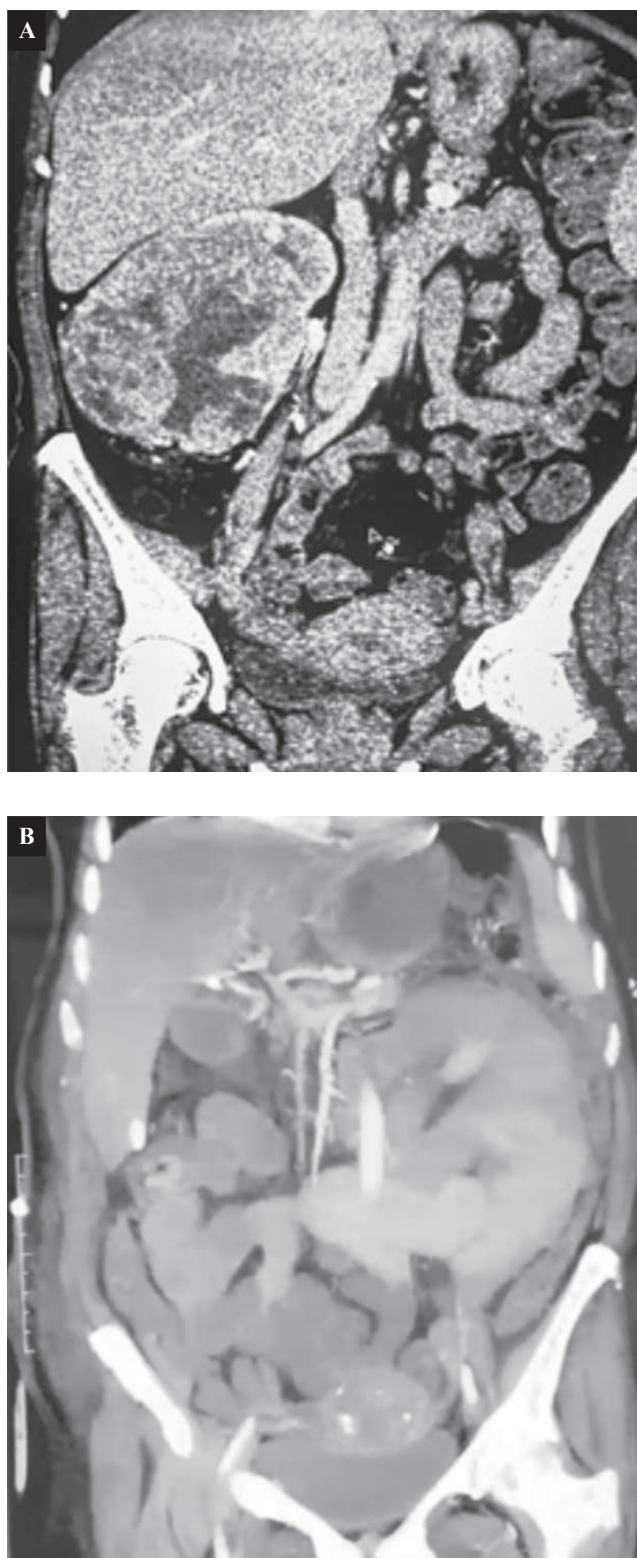
El manejo está basado principalmente en dos opciones que consisten en manejo médico y quirúrgico. Ambas opciones dependen completamente del tiempo de evolución y estado físico.

## PRESENTACIÓN DE CASO

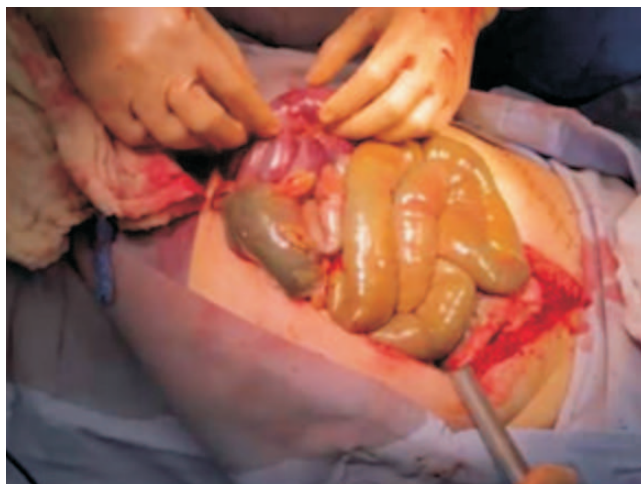
Se presenta el caso de una paciente femenina de 68 años con los siguientes antecedentes: glaucoma en manejo con dorzolamida; vacunas de COVID: 4 dosis.

Quirúrgicos: cirugía lumbar hace 47 años, histerectomía, colecistectomía, enfermedad diverticular que condicionó peritonitis y colostomía hace más de 10 años, cirugía de columna en L4-L5 en mayo de 2023. Laparotomía exploradora en diciembre de 2023 secundario, oclusión intestinal donde se realizó lisis de adherencias, lavado de cavidad, resección y anastomosis intestinal, se realizó reintervención el 20 de diciembre de 2023 secundario a fuga de anastomosis, se realizó desmantelamiento de anastomosis y estoma en asa secundario a la proximidad al ligamento de Treitz.

Inicia su padecimiento actual el 13 de mayo de 2024 al ingresar en nuestro centro hospitalario para reconexión del tránsito intestinal. Se realizó laparotomía, liberación de múltiples adherencias y resección intestinal con anastomosis



**Figura 1.** TAC abdominal. **A.** Con presencia de tumoración renal derecha. **B.** Con evidencia de dilatación de asas intestinales.



**Figura 2.** *Necrosis intestinal.*

sin complicaciones, sin embargo, presenta mala evolución en postquirúrgico inmediato, ameritando ingreso UTI con los siguientes diagnósticos: acidosis metabólica sin trastorno secundario, AG 18, hiperlactatemia tipo A, lesión renal aguda KIDGO 1, anemia normocítica normocromática y trombocitopenia. Presenta datos de inestabilidad hemodinámica ameritando vasopresores con norepinefrina a 0.24 mcg/kg/min, vasopresina a 0.05  $\mu$ /hora.

A la exploración física somnolienta, cardiopulmonar con buena mecánica ventilatoria, sin embargo, amerita puntas nasales a 2 L/min, abdomen blando depresible, levemente distendido, peristalsis disminuida, sin datos de abdomen agudo, sin datos de viceromegalias, genitales con presencia de sonda foley a derivación con gasto de 60mL/h, miembros inferiores íntegros funcionalidad no valorable, llenado capilar de 3 segundos.

Al día siguiente se realiza toma de laboratorios con los siguientes resultados: Leucitos 2.0, Hb 9.0, Hto 27%, Plq 84,000. Glu 74, BUN 26, Crea 1.3, Na 149, K 3.1, Cl 112, Ca 8.8, P 2.9, Mg 1.6. Tp 25.9, INR 2.3, Tpa 41.3, Fib 426,000, PCR 400 VSC 500 Lac 3.

Así mismo, se presenta drenaje abdominal de características no intestinales sin embargo presentaba olor fétido por lo anterior se decide realizar laparotomía exploratoria secundario a distensión abdominal, ausencia de peristalsis, encontrando necrosis intestinal abarcando yeyuno hasta segunda porción de íleon, se procedió a iniciar terapia con heparina intravenosa y posteriormente resección con anastomosis y cierre parcial de la pared abdominal para posterior realizar *second-look* de 36 hrs, sin embargo, la evolución no fue la adecuada, con aumento de vasopresores y por lo que se dan informes a los familiares y en base a la severidad del caso se firmaron consentimientos para realizar RCP3.

## SEGUNDO CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 77 años de edad sin antecedentes crónicos degenerativos de importancia que ingresa a nuestro centro hospitalario programada para nefrectomía derecha por tumor renal. Se realizó nefrectomía por abordaje subcostal derecho transperitoneal, con sangrado transoperatorio de 500 cc, pero sin complicaciones aparentes.

En el postoperatorio inmediato (6 hrs) presenta dolor abdominal intenso 10/10 que no cede a analgésicos convencionales incluso a opiodes.

Se realizó TAC abdominal contrastada identificando dilatación de asas de intestino delgado desde el yeyuno al íleon, con engrosamiento de las paredes intestinales (*Figura 1*).

A la exploración física consciente, orientada, facies de dolor, abdomen distendido, doloroso y con rebote positivo.

Se decide llevar a laparoscopia diagnóstica encontrando áreas de necrosis intestinal extensa por lo que se decide convertir a cirugía abierta.

Los hallazgos: Necrosis extensa del yeyuno, íleon, colon derecho e izquierdo (*Figura 2*). La paciente fallece 8 hrs posteriores a la cirugía.

## DISCUSIÓN

La trombosis mesentérica es una de las causas poco comunes de dolor abdominal, el primer caso fue reportado en el año 1895.<sup>3</sup> En trabajos más recientes se muestra que 3 de cada 100,000 personas tiene riesgo de padecerla. Si bien esta patología, por sí sola es de incidencia poco probable, en asociación a un antecedente quirúrgico su frecuencia sigue siendo incierta. En donde el grupo de Kim, *et al.*, informaron que el 0.3% de los pacientes después de la cirugía bariátrica laparoscópica desarrollan trombosis venosa portomesentérica, otro grupo dirigido por James, revisó 18 casos de trombosis venosa portomesentérica después de procedimientos laparoscópicos, incluyendo bypass gástrico de Roux-en-Y, funduplicatura de Nissen, colectomía parcial, colecistectomía y apendicectomía.<sup>4</sup>

Principalmente el sitio con más riesgo de afectación es la vena mesentérica superior y, por lo anterior, las estructuras anatómicas con mayor compromiso son el yeyuno y el íleon.<sup>5</sup> Normalmente en los casos primarios se encuentra una asociación con la triada de Virchow la cual consiste en la estasis de la circulación, hipercoagulabilidad, daño endotelial, estos factores pueden desencadenar la formación de trombos que puedan afectar la circulación. Ahora la trombosis venosa mesentérica rara vez se desarrolla después de la cirugía abdominal y cuando sucede generalmente se asocia con trastornos de la coagulación como factor V de Leiden, mutación de protrombina, deficiencia de proteína S son otros factores asociados a

la alteración de la coagulabilidad.<sup>4</sup> Otros factores asociados que encontramos son neoplasias, obesidad, trauma abdominal, enfermedad inflamatoria intestinal y cirugía.<sup>6,7</sup>

El diagnóstico está basado en un alto índice de sospecha, ya que los síntomas clínicos de esta entidad son poco claros, principalmente consiste en la presencia de dolor abdominal normalmente localizado en la región mesogástrica, normalmente la aparición de los síntomas ocurren alrededor de 24-72 hrs posterior al evento oclusivo, cuando se presenta fiebre y datos clínicos de abdomen agudo es fuertemente sugestivo la progresión de isquemia a necrosis intestinal, aumentando claramente la mortalidad.<sup>8</sup>

En cuanto al diagnóstico se han presentado múltiples factores bioquímicos que nos pueden orientar a determinar el riesgo de presentar necrosis intestinal y por lo consiguiente nos permitirá instaurar un manejo más oportuno. Dentro de estos factores encontramos la elevación sérica de lactato teniendo valores de referencia entre 10-11 mg/dL, dilatación de las asas intestinal valoradas por medio de TAC en donde aquellas que presentan una dilatación mayor de 2 cm es muy sugestivo de presentar este compromiso, el tiempo que pasa entre 2-72 hrs que va del inicio de los síntomas hasta la realización de la cirugía también es un factor de riesgo.<sup>9</sup> Estos factores deberían ser parte de una opción viable en caso en donde la tomografía con medio de contraste no se tenga disponible, y ayudarnos en la orientación diagnóstica.

El principal estudio de gabinete para realizar el diagnóstico es la tomografía axial computarizada contrastada, específicamente en la fase portal la cual permite evaluar de mejor manera el sistema venoso porto mesentérico pues tiene una alta sensibilidad. Otro método para auxiliar en el diagnóstico, es el ultrasonido Doppler, sin embargo, por sí solo no es suficiente para lograr el diagnóstico, por lo que siempre será necesario complementarlo con una TAC contrastada.<sup>10</sup>

El manejo de la trombosis mesentérica esta determinado por la rapidez con que se realiza el diagnóstico ya que, con base en la evolución clínica, se deciden las pautas a seguir. Principalmente en aquellos pacientes que no tengan datos de abdomen agudo así como datos de inestabilidad hemodinámica se pueden realizar el manejo con base en heparina.<sup>11</sup> En aquellos pacientes que presenten factores de riesgo como trombofilias y trombosis idiopática se debe considerar mantener la anticoagulación por lo menos 6 meses.<sup>8</sup> Siempre que se pueda se debe iniciar el manejo con anticoagulantes lo más pronto posible ya que éstos permiten reducir el tiempo de isquemia intestinal, y en caso de presentar necrosis permiten disminuir la extensión, y por lo tanto, disminuir de manera considerable la mortalidad.<sup>12</sup>

En caso de que se presenten datos de irritación peritoneal así como manifestaciones clínicas de choque séptico la cirugía es inminente, durante el transoperatorio se debe evaluar la

pauta a seguir; se puede realizar resección del tejido necrosado con posterior anastomosis siempre que las condiciones clínicas lo permitan, en caso contrario cuando no se pueda definir claramente el compromiso intestinal se puede realizar cierre temporal de pared abdominal con posterior reintervención dentro de 24-36 hrs. Se puede realizar la resección del tejido no viable con anastomosis con posterior *second-look* de 12-36 hrs después o en casos muy comprometidos una ostomía.<sup>13</sup>

## CONCLUSIÓN

La trombosis de la vena mesenterica superior es una patología que puede condicionar de manera significativa la vida de las personas. Su incidencia posterior a la realización de procedimientos quirúrgicos es poco común, sin embargo, siempre se debe considerar como una posibilidad diagnóstica ya que un diagnóstico temprano (basado en estudios de gabinete y de laboratorio) brinda la posibilidad de iniciar la terapia anticoagulante o la intervención quirúrgica oportuna según sea el caso; y así se podrá tener un mejor pronóstico en los pacientes, ya que de no lograr el diagnóstico temprano la mortalidad aumenta de manera significativa secundario al choque séptico. Por todo lo anterior, es importante conocer los factores de riesgo para poder iniciar terapia profiláctica y reducir de manera significativa la incidencia de esta enfermedad.

## REFERENCIAS

1. Bala M, Catena F, Kashuk J. et al. Acute mesenteric ischemia: updated guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J Emerg Surg* 2022; 17: 54. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00443-x>
2. Marconato R, Nezi G, Capovilla G, Moletta L, Baldan N, Canton SA, Spirch S, Salvador R, Merigliano S. Primary mesenteric vein thrombosis: a case series. *Journal of surgical case reports* 2020; 3: rjaa016. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjaa016>
3. Al-Tae A, Ahmed Z, Dhedhi A, Giacaman M. Mesenteric Venous Thrombosis Masquerading as Small Bowel Obstruction. *ACG case reports journal* 2019; 6(9): e00210. <https://doi.org/10.14309/crj.0000000000000210>.
4. Katagiri H, Kunizaki S, Shimaguchi M, Yoshinaga Y, Kanda Y, Lefor AT, Mizokami K. Superior Mesenteric Venous Thrombosis after Laparoscopic Exploration for Small Bowel Obstruction. *Case Reports In Surgery* 2013; 1-3. <https://doi.org/10.1155/2013/952383>
5. Messina F, Tebala C, Calabrese G, Turano L, Arcadi N. A suggestive case report of acute mesenteric venous thrombosis diagnosed at Computed Tomography Angiography. *Radiology Case Reports* 2022; 17(9): 2906-9. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.05.069>



6. Tonelli F, Asteria CR, Fratini G. Acute thrombosis of superior mesenteric vein during restorative proctocolectomy: what to do? *International Journal of Colorectal Disease* 2005; 22(1): 95-7. <https://doi.org/10.1007/s00384-005-0033-1>
7. Buyukozturk B, Bohlen B. Extensive Portomesenteric Venous Thrombosis after Laparoscopic Sleeve Gastrectomy, Treated with Catheter-Directed Lysis. *ACS, case of reviews in surgery* 2020; 3(1): 32:8.
8. Acosta S, Salim S. Management of Acute Mesenteric Venous Thrombosis: A Systematic Review of Contemporary Studies. *Scandinavian Journal of Surgery: SJS: Official Organ for the Finnish Surgical Society and the Scandinavian Surgical Society* 2021; 110 (2): 123-9. <https://doi.org/10.1177/1457496920969084>
9. Wang Y, Zhao R, Xia L, Cui Y, Zhou Y, Wu X, Predictive Risk Factors of Intestinal Necrosis in Patients with Mesenteric Venous Thrombosis: Retrospective Study from a Single Center. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2019; 1-6. <https://doi.org/10.1155/2019/8906803>.
10. Reintam Blaser A, Mändul M, Björck M, Acosta S, Bala M, Bodnar Z, Casian D, Demetrashvili Z, D'Oría M, Durán-Muñoz-Cruzado V, Forbes A, Fuglseth H, Hellerman-Itzhaki M, Hess B, Kase K, Kirov M, Lein K, Lindner M, Loudet CI, Mole DJ, AMESI Investigators (Collaborators). Incidence, diagnosis, management and outcome of acute mesenteric ischaemia: a prospective, multicentre observational study (AMESI Study). *Critical Care* (London, England) 2024; 28(1); 32. <https://doi.org/10.1186/s13054-024-04807-4>
11. Phoenix E, Beck J, Patterson TJ, Spence RA, Taylor MA, Spence GM. A systematic review of the management of acute superior mesenteric vein thrombosis in adults. *Journal of Pancreatology* 2020; 3(3): 111-20. <https://doi.org/10.1097/jp9.0000000000000051>
12. Kamohara K, Miyazaki Y, Nakahashi H, Furuya K, Doi M, Shimomura O, Hashimoto S, Takahashi K, Owada Y, Ogawa K, Ohara Y, Akashi Y, Enomoto T, Oda T. Idiopathic superior mesenteric venous thrombosis requiring bowel resection: a report of four cases. *Surgical case reports* 2024; 10(1): 122. <https://doi.org/10.1186/s40792-024-01916-8>
13. Stancu B, Chira A, Coman HF, Mihaileanu FV, Ciocan R, Gherman CD, Andercou OA Intestinal Obstruction as Initial Presentation of Idiopathic Portal and Mesenteric Venous Thrombosis: Diagnosis, Management and Literature Review. *Diagnostics* (Basel, Switzerland) 2024; 14(3): 304. <https://doi.org/10.3390/diagnostics14030304>





# Oclusión intestinal secundaria a hernia interna por divertículo de Meckel. Reporte de un caso

Gustavo Zenteno-Guichard,\* Emmanuel Ernesto Cruz-Monzón,† Jesús Alberto Bahena-Aponte,‡  
Jorge González,§ Itzel Ariana Campuzano-González,|| Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,¶  
Mónica de Jesús Mosso,\*\* Víctor Ordaz-Calvo,† Alfredo Colex-Machuca,† Cindy Belén Larumbe-Hernández,\*\*  
Gerardo Vázquez-Rodríguez,†† Quintín Héctor González-Contreras\*\*\*

\* Cirugía General Hepato Pancreatobiliar. Hospital Puebla. † Cirugía General. Hospital Gilberto Gómez Maza.

‡ Cirugía General, Cirugía Gastrointestinal. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. § Estudiante de Medicina. Universidad Anáhuac CDMX.

|| Estudiante de Medicina. UAMex. ¶ Patología Clínica. Hospital Central Militar.

\*\* Médico Cirujano. Maestría en Heridas y Estomas Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG.

†† Cirugía General. Titular del Curso de Cirugía General. Hospital Gilberto Gómez Maza.

\*\*\* Cirugía General, Coloproctología. Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. CDMX

## *Intestinal occlusion secondary to the internal hernia due to Meckel's diverticulum. Case report*

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2024 / p. 116-119

### RESUMEN

El divertículo de Meckel es una patología relativamente común, por lo regular su presencia puede pasar desapercibida clínicamente, sin embargo, la tendencia común de presentarse clínicamente es por medio de dolor abdominal simulando cuadros de apendicitis, o casos de sangrado de tubo digestivo alto. Ahora existe una manifestación muy poco usual de esta patología que es por medio de un cuadro de oclusión intestinal. El estudio de imagen de elección en estos casos es una TAC la cual orienta el diagnóstico, sin embargo, la única manera de confirmar el diagnóstico es a partir de laparoscopia diagnóstica o laparotomía, siendo estas las opciones de tratamiento.

**Objetivos.** Presentar y dar a conocer una manifestación poco común del divertículo de Meckel, así como las complicaciones y los principales métodos diagnósticos y tratamiento.

**Palabras clave.** Divertículo de Meckel, oclusión intestinal, diverticulitis de Meckel, abdomen agudo, hernia interna, obstrucción intestinal.

### ABSTRACT

*Meckel's diverticulum is a relatively common pathology, its presence can usually go unnoticed clinically, however, the common tendency is to present clinically with abdominal pain simulating appendicitis, or cases of upper digestive tract bleeding. Now there is a very unusual manifestation of this pathology, which is through intestinal obstruction. The imaging study of choice in these cases would be a CT scan which can guide us to the diagnosis; however, the only way to confirm the diagnosis would be through a diagnostic laparoscopy or laparotomy, which are the two treatment options.*

**Objectives.** Present and publicize a rare manifestation of Meckel's diverticulum, as well as the complications and the main methods of diagnosis and treatment.

**Keywords.** Meckel's diverticulum, intestinal occlusion, Meckel's diverticulitis, acute abdomen, internal hernia, intestinal obstruction.

### Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras  
Tel.: 55 1353-6641. Correo electrónico: quinhec@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es un remanente del conducto onfalomesentérico, este normalmente está presente en el 2-3% de la población general, por lo regular no presenta ningún síntoma a lo largo de la de la vida, sin embargo, sólo en el 16% de los pacientes que llegan a presentarlo pueden presentar síntomas.<sup>1</sup>

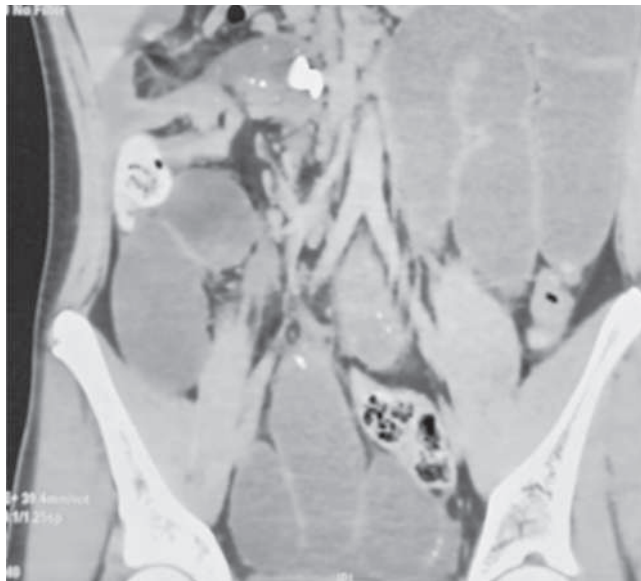
Normalmente las manifestaciones clínicas de esta patología están relacionadas con cuadros de abdomen agudo o incluso con cuadros de sangrado de tubo digestivo alto, ahí la importancia del presente trabajo, cuyo objetivo es dar a conocer una manifestación clínica poco común que se manifiesta a partir de una obstrucción del tránsito intestinal.

Dentro de toda la gama de estudios de imagen con los que se cuenta actualmente se prefiere el TAC con medio de contraste oral para poder identificar de manera más clara la presencia del divertículo, en comparación USG abdominal.<sup>2</sup>

El tratamiento es quirúrgico y puede consistir en diverticulectomía o resección y anastomosis con posterior liberación de las asas intestinales comprometidas.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 15 años de edad sin antecedentes de importancia, inicia padecimiento actual con 5 días de evolución con presencia de náuseas, vómitos y distensión abdominal. En las últimas 24 hrs presenta dolor abdominal sin mejoría clínica motivo de ingreso a nuestro centro hospitalario.



**Figura 1.** TAC con presencia de dilatación de asas intestinales sin encontrar evidencia de zona de transición.

Consciente orientado, cardiopulmonar sin compromiso aparente, abdomen distendido, a la percusión timpánico, y doloroso a la palpación media y profunda en fosa iliaca derecha con peristalsis disminuida.

Se solicitan TAC abdominal con presencia de distensión abdominal sin poder identificar el sitio de transición (*Figura 1*).

Los resultados de laboratorio son: hb de 15, leucocitos de 13, plaquetas de 259, creatinina de 1.3, tiempos normales.

Se practica laparoscopia diagnóstica, se encuentra dilatación de asas intestinales, con presencia de estrangulación de íleon terminal secundario a divertículo de Meckel adherido al meso de ciego (*Figura 2 y 3*). Se realiza ampliación de la incisión en línea media secundaria a dificultad técnica por distensión intestinal, se procede a realizar resección y anastomosis primaria con engrapadora Echelon.

El paciente evoluciona de modo satisfactorio y es egresado con buena tolerancia a la vía oral y con buena canalización de gases.

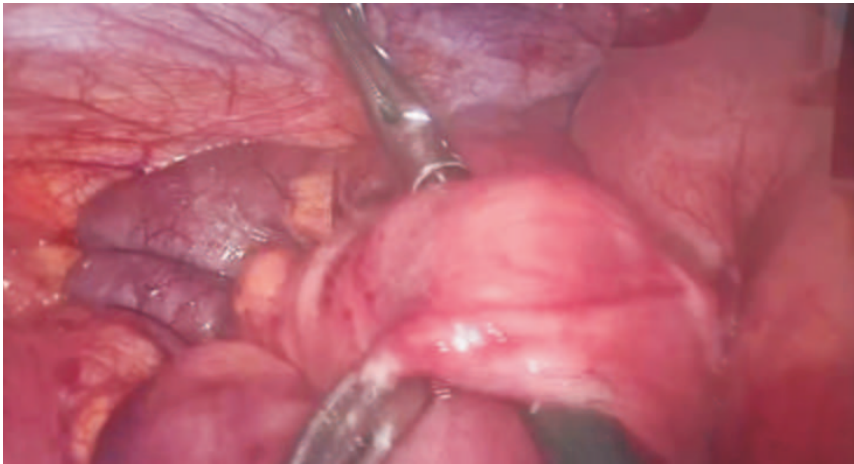
## DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel fue descrito por primera vez por el anatomista alemán Johann Friedrich Meckel (1781-1833) a principios del siglo XIX, por lo que no es de extrañar que esta patología cuente con una amplia historia. En los últimos años su incidencia ha aumentado con la mejora de los estudios de imagen y al advenimiento de la cirugía de mínima invasión; así, su incidencia es considerable, pues varía del 0.3 al 2.9% de la población general.<sup>3</sup>

Normalmente el divertículo de Meckel se encuentra entre 7 y 200 cm de la válvula ileocecal, con un promedio de 52 cm en el margen antimesentérico del íleon terminal. Su mucosa se considera de característica heterotópica lo que significa que presenta mucosa gástrica en el 60% y pancreática en el 16%.<sup>3</sup> Los síntomas que se presentan son cuadros de dolor abdominal secundario a la obstrucción del lumen diverticular, obstrucción intestinal y sangrado de tubo digestivo.

En el caso de estudio, el divertículo de Meckel se presentó a partir de un cuadro de oclusión intestinal secundario a una hernia interna, esta es la causante de problemas de obstrucción con alrededor del 6% de todas oclusiones mecánicas del tubo digestivo. Estas pueden ser el resultado de alteraciones congénitas como hernias paraduodenales o defectos mesentéricos o adquiridas que pueden ser resultado de adherencias postquirúrgicas como son las bridas.<sup>4</sup>

En relación a la fisiopatología se ha encontrado asociación con la falta de obliteración del conducto onfalomesentérico que en comunicación con el divertículo tiende a formar una banda fibrosa que estrangula a las estructuras intestinales, que puede resultar en oclusión y necrosis intestinal. Los síntomas que se presentan están relacionados en su totalidad



**Figura 2.** Evidencia de hernia interna secundaria a atrapamiento de asa por divertículo de Meckel.



**Figura 3.** Divertículo con proceso inflamatorio previo a su resección.

con procesos oclusivos y consisten en náuseas, vómitos, distensión abdominal, ausencia de evacuaciones. La intervención temprana –con base en las manifestaciones clínicas– junto con los estudios de gabinete, dentro de las primeras 36 hrs es prioridad, porque del 8 al 25% de los casos se encuentran con estrangulación intestinal y por lo tanto con un aumento de la morbilidad.<sup>5</sup>

Los estudios de imagen con los que se cuenta para el diagnóstico de divertículo de Meckel, son el USG abdominal el cual se emplea de preferencia en la población pediátrica, y en el caso del adulto se realizará la TAC abdominal, esta presenta una alta sensibilidad y aunque no puede confirmar completamente la presencia de un divertículo secundario a la similitud con la luz del intestino delgado ayuda en la identificación de una obstrucción mecánica.<sup>6</sup>

Por otro lado, la gamagrafía con Tc 99 permite identificar de manera precisa la presencia de mucosa ectópica lo que otorga un diagnóstico rápido, sin embargo, depende de

la disponibilidad del este estudio y sobre todo en caso de urgencia.<sup>7,8</sup>

El manejo está dado prácticamente con el procedimiento quirúrgico, que bien puede ser por laparoscopia o laparotomía exploratoria, la cual dependerá de la experiencia del médico con cada una de ellas. Se procede a la reducción de la hernia con realización de resección del divertículo con posterior anastomosis primaria del tránsito intestinal siempre valorando las condiciones clínicas del paciente.<sup>8</sup>

## CONCLUSIÓN

Un diagnóstico dirigido y con base en antecedentes importantes como la ausencia de procedimientos quirúrgicos y la edad temprana, pueden orientar al médico a pensar en esta patología tan poco común; y por lo tanto, lograr una intervención quirúrgica temprana y oportuna y, así reducir en gran manera la morbimortalidad de los pacientes.<sup>9</sup>

## REFERENCIAS

1. Erdoğan O, Saritaş AG, Teke Z, Bolat L, Aydin İ. Intestinal obstruction caused by internal herniation as a complication of Meckel's diverticulum. *Ege Tip Dergisi* 2020; 59(3): 226-31. <https://doi.org/10.19161/etd.790575>
2. Narjis Y, Halfadl H, Agourram A, Rabbani K, Finech B. A Rare Internal Herniation in Adult: Meckel's Diverticulum. *Indian Journal of Surgery*, 2012; 76(1): 5-7. <https://doi.org/10.1007/s12262-012-0544-2>
3. Hansen C, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine* 2018; 97(35): e12154. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000012154>
4. Zhang Y, Guo Y, Sun Y, Xu Y. An internal hernia caused by Meckel's diverticulum: a case report. *BMC Gastroenterology* 2020; 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12876-020-01211-4>
5. Almas T, Alsubai AK, Ahmed D, Ullah M, Murad MF, Abdulkarim K, Alwheibi ES, Alansaari M, Abdullatif T, Hadeed S, Khan MO, Alsufyani M, Alzadjali E, Samy A, Oruk M, Kadom M, Alhajri FS, Barakat A, Alrawashdeh MM, Mansoor E. Meckel's diverticulum causing acute intestinal obstruction: A case report and comprehensive review of the literature. *Annals of Medicine and Surgery* 2022; 78. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.103734>
6. Lequet J, Menahem B, Alves A, Fohlen A, Mulliri A. Meckel's diverticulum in the adult. *Journal of Visceral Surgery* 2017; 154(4), 253-259. <https://doi.org/10.1016/j.jvisc-surg.2017.06.006>
7. Villalaz EDS, Rodriguez JER, Nunes ZRS, de Souza-Bivaqua VB, Printes TRM, Neto CDF. Obstructive acute abdomen due to Meckel's diverticulum in adult: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports* 2022; 99: 107717. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107717>
8. Agca B, Beyaz Y, Tezer H, Elmali N, Kamali S. A rare Cause of Ileus in Adults: Internal Herniation Due to Meckel's Diverticulum. *The Medical Journal of Okmeydani Training and Research Hospital* 2013; 29(3): 168-71. <https://doi.org/10.5222/otd.2013.168>
9. Maia DS, Ferreira-Júnior M, Viegas RG, Silva EEC, De Tarso Vaz de Oliveira P, Da Silva RCA, Caetano AJ, Ferreira NG. Obstrução intestinal por divertículo de Meckel. *ABCD Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva* 2013; 26(3): 244-5. <https://doi.org/10.1590/s0102-67202013000300018>.





## Ruptura esplénica espontánea. Reporte de un caso

Daniel Alberto Chacón-Ovando,\* Gustavo Zenteno-Guichard,† Jesús Ocampo,† Rommel Ramírez-López,\*  
Jesús Alberto Bahena-Aponte,‡ Jorge González,§ Itzel Ariana Campuzano-González,||  
Sari Narsil Angélica Mejía-Arcadia,¶ Mónica de Jesús Mosso,\*\* Alfredo Colex-Machuca,\*  
Cindy Belén Larumbe-Hernández,\*\* Gerardo Vázquez-Rodríguez,†† Quintín Héctor González-Contreras\*\*\*

\* Cirugía General, Hospital Gilberto Gómez Maza. † Hospital Ángeles Puebla. ‡ Cirugía General, Cirugía Gastrointestinal.  
Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG. § Estudiante de Medicina, Universidad Anáhuac CDMX. || Estudiante de Medicina UAMex.  
¶ Patóloga, Clínica Hospital Central Militar. \*\* Médico Cirujano, Maestría en Heridas y Estomas, Clínica de Gastroenterología Integral, Nutrición y Obesidad en HMG.  
†† Cirugía General, Titular del Curso de Cirugía General, Hospital Gilberto Gómez Maza.  
\*\*\* Cirugía General, Coloproctología, Clínica de Gastroenterología Integral Nutrición y Obesidad en HMG, CDMX.

### Spontaneous splenic rupture. Case report

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2024 / p. 120-123

#### RESUMEN

La ruptura de bazo espontánea, es una entidad poco frecuente, con cuadro clínico insidioso que pueden distraer al clínico a la hora de toma de decisiones, es importante establecer el diagnóstico a la brevedad para poder llevar a cabo un tratamiento quirúrgico eficaz, ya que el retraso de los mismos puede conllevar a desenlaces clínicos fatídicos.

**Objetivos.** Presentar y dar a conocer el cuadro clínico, herramientas diagnósticas y pautas de tratamiento de una entidad poco frecuente que amerita intervención quirúrgica de urgencia.

**Palabras clave.** Bazo, ruptura de bazo, abdomen agudo.

#### ABSTRACT

*Spontaneous rupture of the spleen is a rare entity, with an insidious clinical scenario that can distract the clinician when making decisions. It is important to establish the diagnosis as soon as possible, in order to carry out effective surgical treatment since the delay of these, can lead to fatal clinical outcomes.*

**Objectives.** Present and publicize the clinical picture, diagnostic tools and treatment guidelines of a rare entity that requires emergency surgical intervention.

**Key words.** Spleen, ruptured spleen, acute abdomen.

#### INTRODUCCIÓN

El bazo se encuentra situado en el cuadrante superior y posterior izquierdo del abdomen. Es un órgano intraperitoneal con una superficie serosa y se adjunta al retroperitoneo por ligamentos grasos.<sup>1</sup>

Su eje mayor se localiza en la línea de la décima costilla, y su extremidad posterior a 3.5 a 4 cm de la línea media dorsal frente a la apófisis espinosa de la décima vértebra dorsal, su extremidad anterior llega hasta la línea media.<sup>2</sup>

El bazo tiene cuatro funciones básicas:

1. Filtración de la sangre: Supone el 25% de todo el sistema reticuloendotelial, filtrando constantemente sangre, elimina glóbulos viejos.
2. Funciones inmunológicas: Produce IgM y es responsable de la fagocitosis.
3. Función hematológica: Almacena eritrocitos, plaquetas y glóbulos blancos.
4. Función hemostática: Produce factor 8 y de von Willebrand que participan en la coagulación.<sup>1</sup>

#### Correspondencia:

Dr. Quintín Héctor González-Contreras  
Tel.: 55 1353-6641. Correo electrónico: quinhec@hotmail.com

El traumatismo abdominal es la causa más frecuente de rotura del bazo, el parénquima esplénico puede verse afectado por procesos hematológicos, infecciosos o tumorales e incluso romperse en ausencia de traumatismo.<sup>3</sup>

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 50 años de edad, niega antecedentes crónicos degenerativos, quirúrgicos y traumáticos previos. Portador de obesidad mórbida con IMC 40.

Inicia padecimiento 3 hrs previas a ingreso hospitalario, con dolor abdominal agudo intenso de instauración rápida y progresiva, 10/10 en escala de EVA, con predominio en abdomen superior en hipocondrio izquierdo, con posterior dificultad para movimientos ventilatorios.

A la exploración física: frecuencia cardíaca 130, TA 90/60, frecuencia respiratoria 19, temperatura 36 °C, Glasgow 15/15, diaforesis, palidez de tegumentos, tórax con ruidos cardíacos hiperdinámicos, abdomen globoso por presencia de panículo adiposo, ruidos peristálticos apaga-

dos, dolor a la palpación generalizado, signos de Rovsing y Blumberg positivos.

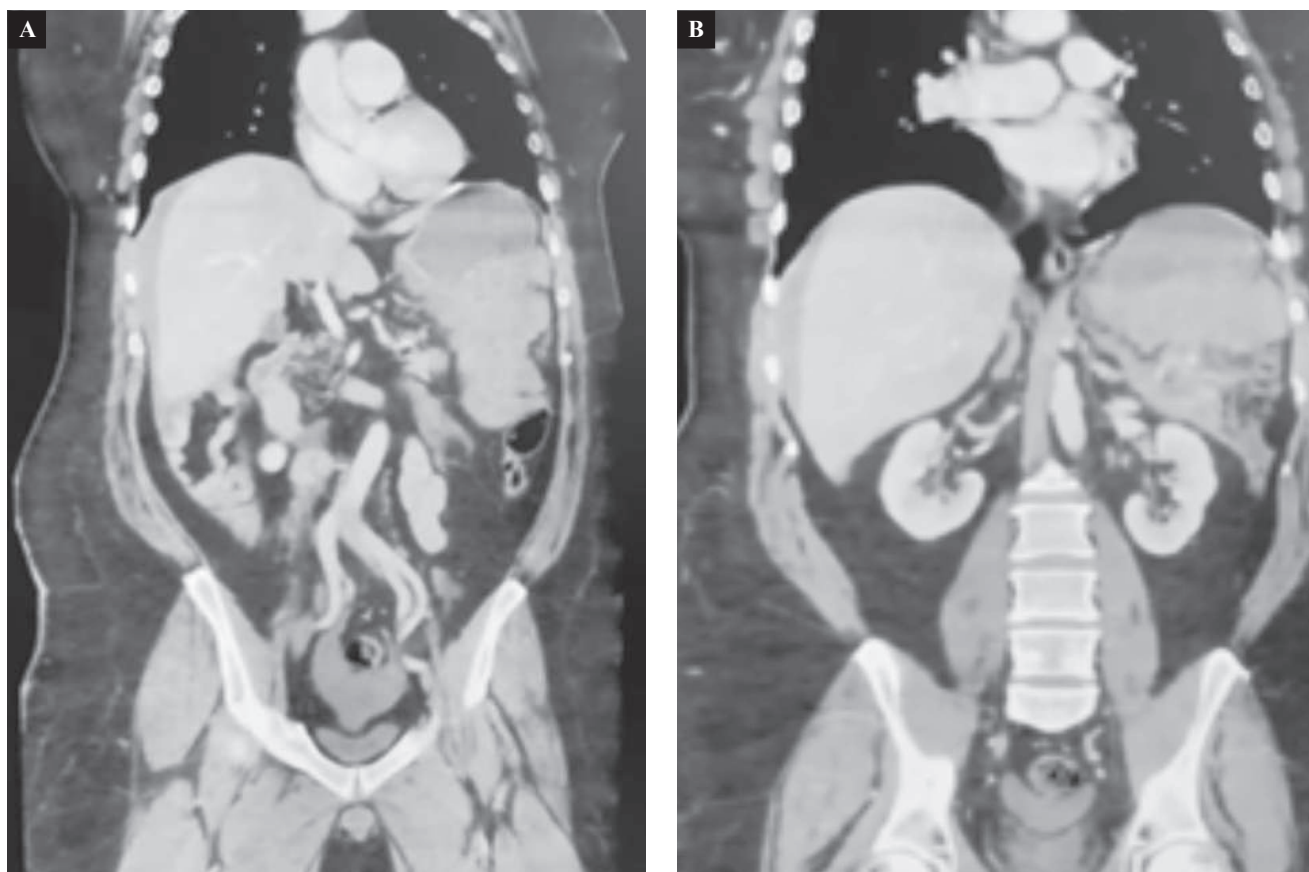
Se inicia protocolo diagnóstico con TAC simple de abdomen la cual reporta líquido libre periesplénico y perigástrico (*Figura 1*).

Ante la inestabilidad hemodinámica se decide manejo quirúrgico de urgencia en donde se encuentran los siguientes hallazgos; hemoperitoneo de 3000 cc (*Figura 2*), lesión esplénica en polo inferior estrellada de 3 cm de diámetro aproximadamente. Se procede a realizar esplenectomía más colocación de drenaje, se da por terminado acto quirúrgico (*Figura 3 y 4*).

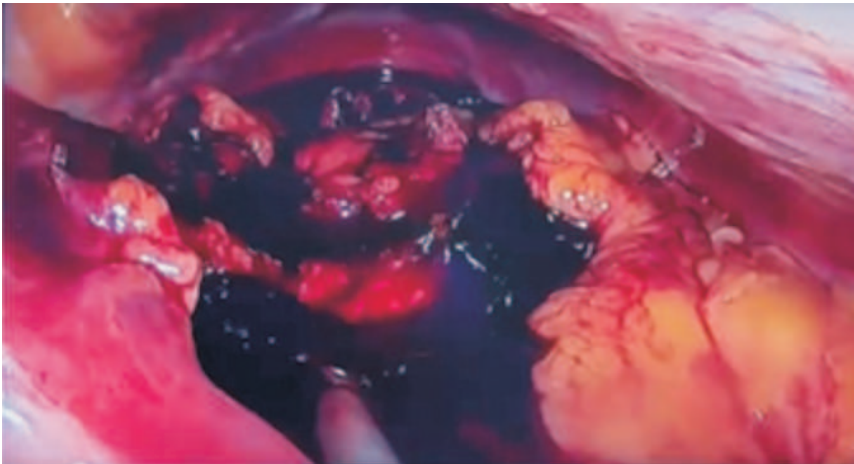
Posterior envío a sala de cuidados intensivos para vigilancia posoperatoria, se egresa a paciente al quinto día de operado.

### DISCUSIÓN

En la rotura espontánea del bazo no se atribuye ningún desencadenante ni enfermedad asociada.<sup>3</sup>



**Figura 1.** TAC simple de abdomen en corte coronal. **A.** Se evidencia líquido libre periesplénico y perigástrico. **B.** Se puede apreciar la pérdida estructural del bazo.



**Figura 2.** Imagen transoperatoria con abundante hemoperitoneo y bazo con presencia de daño estructural.

Se han propuesto cuatro criterios diagnósticos para una verdadera ruptura esplénica espontánea; ausencia de antecedente de traumatismo, ausencia de adherencias periesplénicas, ausencia de enfermedades que afecten al bazo y estar ante un bazo normal determinado por criterios micro y macroscópicos.<sup>4</sup>

Es una patología inusual y por lo general se presenta en un bazo patológico afectado por infecciones, neoplasias y discrasias sanguíneas, aunque también hay casos descritos en bazos completamente normales y puede ocurrir posterior a esfuerzos triviales como toser o vomitar.<sup>5</sup>

La frecuencia reportada en la literatura mundial oscila entre 0.1 y 0.5%. Como ya se mencionó un sinnúmero de causas pueden predisponer a esta patología, siendo la más frecuente los diferentes fenómenos infecciosos que producen la infiltración de la cápsula fibrosa, en la que podemos destacar a la mononucleosis infecciosa como principal causa.<sup>6</sup>

Se ha observado un predominio de ruptura esplénica espontánea en hombres respecto a las mujeres de 2:1, con una edad promedio de entre 40 y 45 años.<sup>4</sup>

Dentro de las causas de ruptura esplénica no traumática, podemos encontrar las siguientes siete variaciones:<sup>6</sup>

1. Infecciosas: Bacterias; estafilococo, estreptococo, *clostridium spp.* Virales; mononucleosis infecciosa, parotiditis y hepatitis A.
2. Condiciones hematológicas: hemofilia, deficiencia de factor XIII.
3. Alteraciones metabólicas; amiloidosis.
4. Alteraciones estructurales del bazo.
5. Neoplasias.
6. Medicamentos.
7. Iatrogénicas.

Se han aceptado tres mecanismos en el proceso de una ruptura esplénica espontánea las cuales consisten en; aumento

de la presión intraesplénica, compresión del bazo por aumento de la presión intrabdominal y oclusión vascular causada por hiperplasia endotelial reticular.<sup>4</sup>

El cuadro clínico de esta entidad nosológica estará dado por la presencia de hemoperitoneo y los signos que se desarrollan en ésta, desde dolor abdominal, rigidez, hipersensibilidad en cuadrante superior izquierdo hasta llegar al choque hipovolémico. Se presenta dolor en hombro izquierdo particularmente al estar en decúbito supino, signo de Kehr, el cual estará presente en 50% de las rupturas esplénicas de cualquier índole.<sup>7</sup>

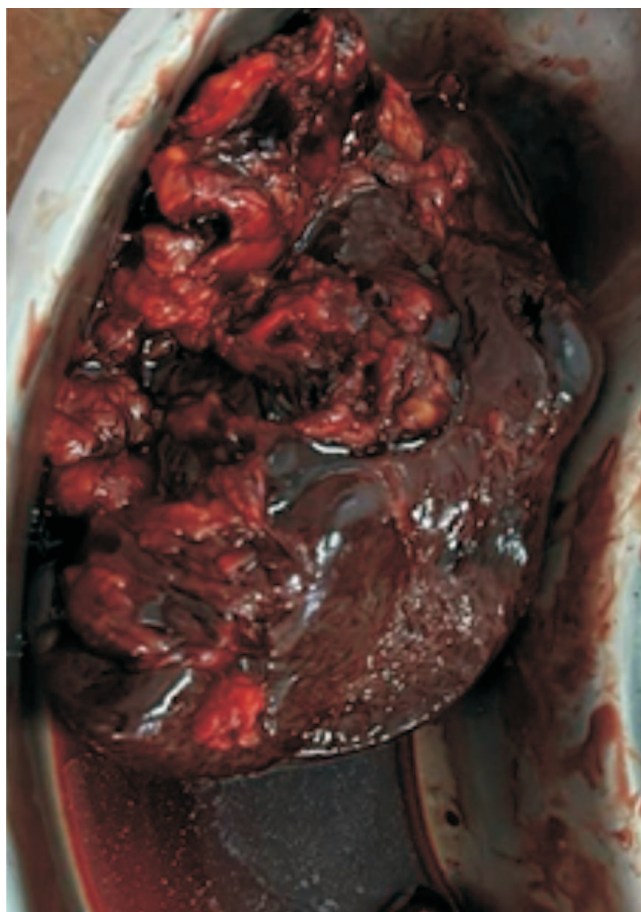
Ante la presencia de un abdomen agudo en el que la historia clínica e interrogatorio no arrojen muchos datos que sugieran hemoperitoneo secundario, es correcto iniciar abordaje de estudio apoyados en estudios de gabinete, principalmente con el ultrasonido para obtener datos respecto a líquido libre abdominal y TAC para conocer el daño estructural pensando en esta patología del órgano en cuestión.<sup>8</sup>

Es importante tener en cuenta que los pacientes con estabilidad hemodinámica son los candidatos a agotar las posibilidades diagnósticas, y no retrasar el manejo operatorio en caso que la presentación del cuadro clínico lo amerite.<sup>3</sup>

Los datos más frecuentemente encontrados son alteraciones en la densidad esplénica que no varía con la administración de medio de contraste, y líquido intraperitoneal, perirrenal o intracapsular en el bazo.<sup>9</sup>

El tratamiento de esta entidad nosológica se puede dividir en conservador y quirúrgico. El manejo conservador está reservado para los pacientes con estabilidad hemodinámica y en centros donde se cuente con lo necesario para monitorizar la evolución del paciente entre siete a catorce días, el tratamiento conservador consiste en reposo absoluto en cama, soluciones intravenosas y transfusiones en caso de requerirlas, y el seguimiento de este manejo se





**Figura 3.** Pieza quirúrgica (bazo).



**Figura 4.** Pieza quirúrgica donde se aprecia lesión estrellada en bazo.

llevara a cabo con TAC seriada, sin embargo, el reporte de la literatura indican que 17% de estos pacientes necesitarán esplenectomía en el mismo internamiento por falla al tratamiento conservador.<sup>10</sup>

Siendo la esplenectomía la opción para establecer un diagnóstico definitivo y resolver la urgencia que significa la ruptura y el sangrado tan importante que supone la misma.<sup>9</sup>

La alta mortalidad de esta patología está asociada al retraso en el diagnóstico lo que conlleva a su estado más crítico que es el choque hipovolémico como consecuencia.<sup>5</sup>

## CONCLUSIÓN

La ruptura esplénica espontánea supone un reto para todo personal de la salud, siendo una patología infrecuente, que pone en riesgo la vida del paciente si no se tiene la acuciosidad para llevar a cabo un diagnóstico oportuno, así como tratamiento quirúrgico eficaz para solventar las complicaciones que la misma patología establece.

## REFERENCIAS

1. Motta-Ramírez GA, Montes-Salcedo KE, et al. El bazo: cementerio de leucocitos y de conocimientos radiológicos. *Anales de Radiología México* 2016; 15(1): 58-69.
2. López-Ladrón De Guevara V. *Anatomía y fisiología del bazo*. In: Torres E, Francis J, Sahagún F, Stalnikowitz D. eds. *Gastroenterología*. McGraw-Hill Education; 2015. Accessed septiembre 25, 2024.
3. Lopez-Tomassetti-Fernández EM, Delgado-Plasencia L, et al. Rotura no traumática del bazo: experiencia con 10 casos. *Gastroenterol Hepatol* 2007; 30(4): 585-91.
4. Reyes-Jaimes L, Camacho-Aguilera JF. Ruptura esplénica espontánea. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Med Inst Seguro Soc* 2023; 61(4): 523-31.
5. Abadín-López F, Yuste-Domínguez LJ, et al. Rotura esplénica espontánea presentada como cardiopatía isquémica. *Rev Clin Med Fam* 2018; 11(1): 34-6.
6. Gómez C, Pava R, et al. Ruptura esplénica espontánea asociada a linfoma periférico de células T, presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Cir* 2010; 25(1): 42-7.
7. Báez-García JJ, Martínez-Hernández M, et al. Ruptura esplénica espontánea secundaria a amiloidosis. *Cir Cir* 2010; 78(6): 538-42.
8. Castro-Caballero CG, Aco-Luna JA. Ruptura esplénica espontánea en paciente con litiasis renal derecha. *Rev Educ Investif Emer* 2021; 3(4): 226-9.
9. Fernández-Sobrino G, Cosme-Reyes C, et al. Ruptura esplénica espontánea idiopática. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Sanid Milit Mex* 2002; 56(3): 136-8.
10. Ahbala T, Rabbani K, et al. Spontaneous splenic rupture: case report and review of literature. *PAMJ* 2020; 37(36): 1-4.





# Íleo biliar.

## Caso reportado y revisión de la literatura

Jorge Feria-Rojas,\* Tonatiuh Saucedo-López,\*\* Daniela Rodríguez-Ramírez,\*\* Karla Guarneros-López\*\*\*

\* Cirujano General. Hospital General de Zona No. 8 IMSS. \*\* Cirugía General. Hospital PEMEX Norte. \*\*\* Anestesióloga. Hospital General de Zona No. 8, IMSS. CDMX.

### *Gallstone ileus. A case report and review of the literature*

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 13 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2024 / p. 124-125

#### RESUMEN

El íleo biliar se define como la obstrucción de la luz del intestino debido a la impactación de uno o más litos.

Se reporta un caso raro de íleo biliar en paciente de sexo masculino de 44 años de edad.

**Reporte de caso.** Paciente de sexo masculino se presenta con dolor tipo cólico biliar, vómito de contenido biliar de cinco días de evolución.

**Palabras clave.** Íleo biliar, litiasis vesicular, fistula bilioentérica, obstrucción intestinal, lito biliar.

#### ABSTRACT

*Gallstone ileus is defined as the occlusion of the intestinal lumen due to the impaction of one or more gallstones.*

*We report a rare of gallstone ileus in a 44 year-old man.*

**Case presentation.** *A 44 year-old man, presented with biliary colic pain and vomiting for five days.*

**Key words.** *Gallstone ileus, gallbladder lithiasis, bilio-enteric fistula, intestinal occlusion, gallstone.*

#### INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una obstrucción mecánica intestinal rara, causada por el paso del lito biliar por el tracto gastrointestinal, el cual proviene de una fistula bilioentérica o posterior a la realización de una colangio-pancreatografía endoscópica retrograda en aproximadamente 1 a 3% de los casos.<sup>1,2</sup> Se reporta un caso raro de íleo biliar en paciente de sexo masculino de 44 años de edad, que cuenta con un diagnóstico de litiasis vesicular de dos años de evolución con cuadros de dolor tipo cólico en repetidas ocasiones. El tratamiento del íleo biliar es el quirúrgico. La decisión de la técnica del abordaje quirúrgico depende de la localización del lito y de la obstrucción intestinal.<sup>3,4</sup>

#### CASO CLINICO

Se presenta en el Servicio de Urgencias paciente masculino de 44 años de edad, originario y residente de la Ciudad

de México, empleado, que habita vivienda con todos los servicios de urbanización; el cual manifiesta antecedente de cinco días de evolución de dolor abdominal localizado en el epigastrio, el cual se fue exacerbando hasta el día de su ingreso, acompañándose de náuseas llegando al vómito de contenido gástrico aproximadamente en cuatro ocasiones en 24 hrs dos días antes de su internamiento así como ausencia de evacuaciones.

A la exploración física se encontró abdomen doloroso en epigastrio con datos de irritación peritoneal, peristalsis abolida.

Laboratorios: La biometría hemática reportó: leucocitos 12000, hemoglobina 15, hematócrito 45, glucosa 231, creatinina 2.3, urea 120, bilirrubina total 1.2, bilirrubina directa 0.4.

La tomografía axial computarizada reportó oclusión intestinal secundaria a íleo biliar, lito en yeyuno de 35 x 25 mm (*Figuras 1 y 2*). Se establece el diagnóstico de íleo biliar y el paciente fue llevado a laparotomía exploradora con abordaje

#### Correspondencia:

Jorge Feria-Rojas

Tlaxcala, Núm. 180 PB, Col. Hipódromo Condesa, C.P. 06170. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, México.

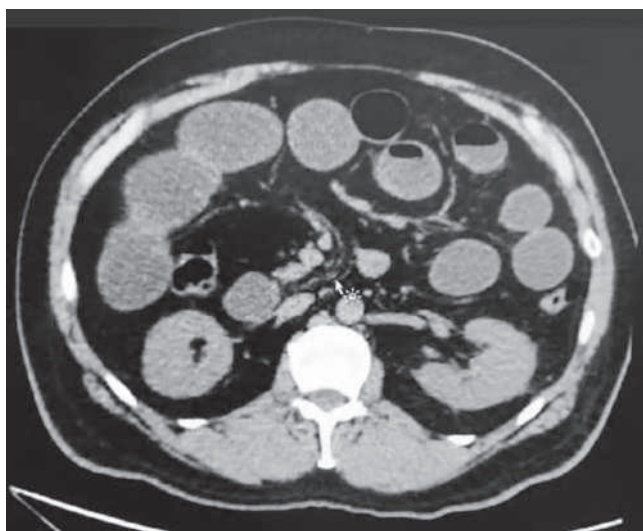
Correo electrónico: maxairef@gmail.com



**Figura 1.** Placa simple de abdomen de pie con niveles hidroaéreos.



**Figura 3.** Extracción del cálculo biliar.



**Figura 2.** TAC de abdomen con datos de obstrucción intestinal por íleo biliar.

por línea media, con hallazgo de lito en yeyuno el cual se resolvió con entero-litotomía (*Figura 3*), el paciente cursa el posoperatorio sin complicaciones.

### DISCUSIÓN

El cuadro de íleo biliar es una situación que se presenta posterior a cursar un cuadro de colecistitis aguda.

Por la inflamación de la vesícula biliar y órganos vecinos la colecistitis aguda ocasiona la perforación por la presión del lito, así ocasiona la formación de una fístula, comúnmente con porciones del intestino delgado como en duodeno y en el

caso de estudio, fístula al yeyuno. Ocurren también fistulas hacia el estómago y colon transverso. El íleo biliar ocurre en pacientes de edad avanzada, aunque en el caso que se reporta el paciente es de 44 años.

### CONCLUSIÓN

El íleo biliar es un padecimiento poco común que se presenta en pacientes de edad avanzada.

La tomografía axial computarizada juega un papel importante en el diagnóstico.

No hay un consenso para el manejo del íleo biliar, siendo una laparotomía exploradora con entero-litotomía el método más utilizado y en una segunda intervención la colecistectomía y el cierre de la fístula colecistoentérica, como se comentó en el presente caso.<sup>5,6</sup>

### REFERENCIAS

1. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990; 771: 737-42.
2. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg* 2007; 31: 1292-7.
3. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, Pinto A, et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 2004; 50: 23-9.
4. Muthukumarasamy G, Venkata SP, et al. Gallstone ileus surgical strategies and clinical outcome. *J Dig Dis* 2008; 9: 156-61.
5. Collins A, Coughlin D, Mullen M. Gallstone ileus. *J Emerg Med* 2013; 44(2): 277-8.
6. Ravikumar R, Williams JG. The operative management of gallstone ileus. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92: 279-81.



# Reunión Regional Sur



## ORGANIZADORES

Dr. Francisco  
Ramos Narvaez

Dr. Gonzalo Torres  
Villalobos

Dr. Juan Miguel  
Abdo Francis

**2025**

**7 y 8 de  
febrero**

Centro de  
Convenciones  
el Carmén

**SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS**

**AVAL ACADÉMICO**







# Reunión Regional Norte

**13 A 14 DE MARZO DE 2025**  
**HOTEL COURTYARD BY MARRIOTT**



## **ORGANIZADORES**

**Dr. Héctor Faustino Noyola Villalobos**

**Dra. Elena López Gavito**

**Dr. Juan Miguel Abdo Francis**

**AVAL ACADÉMICO**







# Reunión Regional Centro

## HOSPITAL ÁNGELES ACOXPA

### ORGANIZADORES

**Dr. Mario Caneda Mejía**  
**Dr. Javier García Álvarez**  
**Dr. Juan Miguel Abdo Francis**

**30-31 MAYO 2025**

**AVAL ACADÉMICO**





La Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo A.C. lamenta el sensible fallecimiento de nuestro querido socio fundador, Maestro y Amigo

## **Acad. Dr. Alejandro Aceff González.**

Expresidente de la Asociación Mexicana de Cirugía del Aparato Digestivo, Expresidente de AL HAHIM, Asociación Médica Mexicano Libanesa, Expresidente del Capítulo Oriente de la Academia Mexicana de Cirugía, Académico titular de la Academia Mexicana de Cirugía, Legionario de la Legión de Honor Nacional de México.

Deja un legado trascendente gracias a sus aportaciones en el campo de la medicina y cirugía.

Descanse en paz

Diciembre 2024