

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS** *Fundada en 1551*

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

**“LAPAROTOMÍA EXPLORATORIA EN  
EMERGENCIA HOSPITAL MILITAR  
CENTRAL 1980-2001”**

TESIS Para optar el Grado Académico de: CIRUJANO GENERAL

Por:

**ROJAS HILARIO RICHARD**

ASESOR: Dr: CARLOS CULLQUI LÉVANO

**LIMA – PERÚ 2002**



..	1
<b>MI AGRADECIMIENTO: .</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN .</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .</b>	<b>7</b>
<b>1.1. ANTECEDENTES .</b>	<b>7</b>
<b>1.2. JUSTIFICACIÓN .</b>	<b>8</b>
<b>1.3. OBJETIVOS . .</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS .</b>	<b>11</b>
<b>2.1. TIPO DE ESTUDIO .</b>	<b>11</b>
<b>2.2. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO . .</b>	<b>11</b>
<b>2.3. RECOLECCIÓN DE DATOS . .</b>	<b>11</b>
<b>2.4. METODOLOGÍA .</b>	<b>12</b>
<b>2.5. TRATAMIENTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS . .</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS . .</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN .</b>	<b>15</b>
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES .</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES .</b>	<b>19</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .</b>	<b>23</b>



---

***DEDICADO A:*** *Mis padres por su admirable esfuerzo durante mi formación personal y profesional.*



## MI AGRADECIMIENTO:

Al Dr. Hugo Ortíz por su tolerancia, instrucción y educación permanente, durante mi formación profesional, a través de todos los años vividos en el Hospital Militar Central.





---

## RESUMEN

### INTRODUCCIÓN:

Avances recientes han permitido conocer muchas características de Laparotomía Exploratoria, sin embargo el entendimiento de su utilidad exacto aún es incompleto, con el propósito de aclarar aspectos del diagnóstico Preoperatorio, hallazgos, diagnóstico Postoperatorio, tipo de cirugía, complicaciones y estancia hospitalaria analizamos retrospectivamente nuestra experiencia con este tipo de cirugía.

### MÉTODOS:

Se revisaron las historias clínicas de 242 pacientes atendidos en Emergencia del Hospital Militar Central entre los años de 1980 y 2001.

### RESULTADOS:

En la presente tesis se reportan 242 casos sometidos a Laparotomía Exploratoria en Emergencia del Hospital Central 1980-2001, la distribución etárea más frecuente para Laparotomía Exploratoria estuvo entre los 16 y 33 años de edad (78.9%), con un promedio etéreo (años) de 27.14 años (desviación estándar = 13.70); los principales reportes de diagnósticos preoperatorios en Laparotomía Exploratoria están las enfermedades traumatismo abdominal abierto (31.8%) y abdomen agudo quirúrgico de etiología a determinar (21.9%); mientras los principales reportes de diagnósticos postoperatorios en Laparotomía Exploratoria están: Perforación de víscera hueca (39.7%) seguida por Hematoma Retroperitoneal (8.7%); así mismo como diagnóstico postoperatorio se obtiene que cambia el diagnóstico en un (76.4%) y confirma el diagnóstico en un (23.6%); los principales reportes de tipo de cirugía practicada fue Resección Intestinal más Anastomosis (25.6%), seguida por Rafía Intestinal (10.7%), así mismo en todas las Laparotomías Exploratorias la operación realizada es sólo diagnóstico en un (10.3%) y diagnóstico más tratamiento en un (89.7%); en cuanto a las complicaciones los principales reportes postquirúrgicos fueron: Absceso Intraabdominal (9.9%), seguido por eventración abdominal (9.5%); en cuanto a la estancia hospitalaria se encuentra un promedio de 62.50 días (desviación estándar = 63.92).

### CONCLUSIONES:

El grupo etéreo que es intervenido en Emergencia por Laparotomía Exploratoria son en su mayoría personal militar en actividad; la principal causa de elección de la técnica de Laparotomía Exploratoria es el traumatismo abdominal abierto seguido por el abdomen agudo quirúrgico de etiología a determinar; la perforación de víscera hueca es el principal hallazgo intraoperatorio seguido hematoma retroperitoneal; así mismo la mayoría de diagnósticos preoperatorios son cambiados en el postoperatorio; la principal cirugía realizada es intestinal dentro de ella resección intestinal más anastomosis; en concordancia con estudios previos aún se obtiene porcentajes considerables de Laparotomía Exploratoria que sólo hacen el diagnóstico sin ninguna medida terapéutica; las principales complicaciones postquirúrgicas fueron las infecciosas como absceso intraabdominal; en comparación con estudios previos se obtiene que el tiempo de estancia hospitalaria es prolongada evidenciándose definitivas desventajas que éste método tiene y que se traduce en una mayor relación costo-beneficio tanto para el paciente como para la Institución.



# CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

## 1.1. ANTECEDENTES

En estos días de técnicas diagnósticos preoperatorias sofisticadas, sólo rara vez se efectúa una laparotomía meramente diagnóstica. La radiología, las técnicas de imágenes y la endoscopía modernas por lo general proporcionan un diagnóstico. Se debe considerar una laparoscopía diagnóstica en los pacientes con fiebre de origen desconocido, caquexia de origen desconocido y –raramente- dolor crónico, cuando hayan fracasado todas las pruebas para revelar una causa.

No obstante, en oportunidad de la cirugía programada debe realizarse una laparotomía exploradora completa, para excluir, documentar o tratar otra patología intraabdominal. La laparotomía en casos de traumatismo abdominal abierto o cerrado debe incluir también una investigación cuidadosa del abdomen, pues no es poco común el compromiso de múltiples órganos.

La elaboración debe ser de extensión limitada sólo cuando se trata una emergencia abdominal aguda causada por perforación, ruptura de una víscera o enfermedad inflamatoria. Por ejemplo, al tratar un embarazo ectópico con ruptura, una úlcera péptica perforada, una colecistitis aguda o una rotura de apéndice sería desacertado proceder a una exploración abdominal adicional.

La laparotomía también puede ser limitada cuando se reexplora el abdomen y existen amplias adherencias. En este caso hay que proceder con discreción y la movilización de las vísceras abdominales debe limitarse a lo que sea necesaria para llevar a cabo la operación quirúrgica y establecer el diagnóstico.

#### **Técnica Operatoria:**

El siguiente informe se relaciona con el diagnóstico visual en pacientes sometidos a cirugía programada por enfermedad abdominal. Los órganos se investigan en el siguiente orden: estómago y duodeno; hígado, vesícula biliar y vías biliares; páncreas y bazo; ángulo duodenoyeyunal e intestino delgado; apéndice y ciego; y colon, epiplón, órganos pelvianos y retroperitoneo. El hiato diafragmático se examina en busca de evidencias de hernia.

Todas estas estructuras pueden ser palpadas durante la laparotomía, pero la visualización puede requerir la división de las fijaciones mesentéricas y peritoneales y el alcance de esta movilización depende de las circunstancias en particular.

Todo el estómago y el duodeno se examinan metódicamente. Con una buena separación pueden palparse y visualizarse la superficie anterior, las curvaturas mayor y menor, los epiplones con sus ganglios linfáticos y las regionales cardial y pilórica. La porción cardial del estómago puede ser inspeccionada y palpada con facilidad después de haber movilizado el lóbulo derecho del hígado mediante la sección del ligamento coronario derecho, aunque esto se realiza sólo si se sospecha patología. La exposición de la superficie posterior del estómago y del lecho estomacal en sí puede realizarse mediante una incisión en el epiplón gastrohepático y también desprendimiento del ligamento gastrocólico de la curvatura mayor del estómago. Esto ofrece una vista excelente de la pared posterior del estómago y una visión limitada de la pared posterior de la primera porción del duodeno y del páncreas.

El examen del duodeno incluye comprobar el libre pasaje por el píloro e investigar el lecho por la posibilidad de una úlcera posterior oculta. Toda cicatriz, distorsión o estrechamiento del duodeno deben ser advertidos; la presencia de una úlcera es fuertemente sugerida cuando al frotar con suavidad con un hisopo de gasa la serosa duodenal se produce un aspecto como de motitas rojas: el denominado “signo del pimentón”.

De ser necesario, se realiza la maniobra de Kocher de movilización del duodeno, de manera que éste y la cabeza del páncreas puedan ser rotados medialmente.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

En la actualidad cada vez es menos frecuente la Laparotomía meramente diagnóstica, además las múltiples publicaciones de Laparoscopia Diagnóstica como un procedimiento seguro de morbilidad baja y que progresivamente va reemplazando a las técnicas de Laparotomía convencional innecesarias además ante las evidencias claras de las limitaciones con este método quirúrgico empleadas como: mayor complicación, mayor

---

tiempo hospitalario más aún cuando se reportan porcentajes representativos de Laparotomía Exploratoria en el que sólo se hace diagnóstico y no tratamiento y que ante ello la Laparoscopia Diagnóstica bien puede emplearse con todas las ventajas que de ella derive y disminución de la relación costo-beneficio de la Institución.

### **1.3. OBJETIVOS**

- Determinar el número de pacientes portadores de abdomen agudo quirúrgico intervenidos por Laparotomía Exploratoria.
- Determinar los diagnósticos prequirúrgicos que llevaron a la Laparotomía Exploratoria.
- Determinar el grupo etáreo.
- Determinar las complicaciones postquirúrgicas.
- Determinar el tipo de operación realizada.
- Determinar la estancia hospitalaria total.



## CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es retrospectivo y descriptivo.

### 2.2. POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Todos los pacientes que ingresan al servicio de Emergencia de Cirugía General con el diagnóstico de Abdomen Agudo Quirúrgico en el Hospital Militar Central durante 1980-2001.

### 2.3. RECOLECCIÓN DE DATOS

Mediante el uso de fichas de acuerdo a modelo ver anexo 1.

## 2.4. METODOLOGÍA

Se toman las historias clínicas de todos los pacientes que ingresan al servicio de Emergencia de Cirugía General con el diagnóstico de Abdomen Agudo Quirúrgico (730), luego se aplicó el Test de Fisher obteniéndose una muestra de 242 pacientes con un nivel de  $\alpha = 0.05$ , con un nivel de confianza estadística del 95%, tomándose las 242 historias clínicas que contaban con los datos completos.

## 2.5. TRATAMIENTO Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el ordenamiento, interpretación y análisis de los resultados obtenidos se empleó la distribución de frecuencia absoluta y porcentual además se obtuvieron medidas de tendencia central como media con su respectiva desviación estándar.



---

## CAPÍTULO III: RESULTADOS

- En la presente tesis se reportan 242 casos sometidos a Laparotomía Exploratoria en Emergencia del Hospital Central 1980-2001.
- La distribución etárea más frecuente para Laparotomía Exploratoria estuvo entre los 16 y 33 años de edad (78.9%), con un promedio etáreo (años) de 27.14 años (desviación estándar = 13.70).
- los principales reportes de diagnósticos preoperatorios en Laparotomía Exploratoria están las enfermedades traumatismo abdominal abierto (31.8%) y abdomen agudo quirúrgico de etiología a determinar (21.9%).
- Mientras los principales reportes de diagnósticos postoperatorios en Laparotomía Exploratoria están: Perforación de víscera hueca (39.7%) seguida por Hematoma Retroperitoneal (8.7%); así mismo como diagnóstico postoperatorio se obtiene que cambia el diagnóstico en un (76.4%) y confirma el diagnóstico en un (23.6%).
- Los principales reportes de tipo de cirugía practicada fue Resección Intestinal más Anastomosis (25.6%), seguida por Rafía Intestinal (10.7%), así mismo en todas las Laparotomías Exploratorias la operación realizada es sólo diagnóstico en un (10.3%) y diagnóstico más tratamiento en un (89.7%).
- En cuanto a las complicaciones los principales reportes postquirúrgicos fueron: Absceso Intradominal (9.9%), seguido por eventración abdominal (9.5%).

En cuanto a la estancia hospitalaria se encuentra un promedio de 62.50 días (desviación

estándar = 63.92).

---

## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

- La Laparotomía Exploratoria es un procedimiento utilizado en los servicios quirúrgicos de emergencia y de hospitalización teniendo definitivas desventajas en éste método que se traduce en un aumento de la relación costo-beneficio tanto para el paciente como para nuestra Institución.
- En comparación con otros estudios como la realizada en Colombia en el año 2000 en 69 pacientes sometidos a Laparotomía Exploratoria se encontraron que la distribución etárea estuvo entre 20 y 49 años mientras que en el presente trabajo el grupo etáreo fluctúa entre el 16 y 33 años de edad; además los principales reportes de diagnóstico preoperatorio son gineco-obstétricos (34.15%), en nuestro trabajo el que predominó fue Traumatismo Abdominal Abierto (31.8%); en cuando al diagnóstico postoperatorio de más frecuencia se encontró que cambia el diagnóstico en (71.01%) y confirma el diagnóstico en (28.9%), en nuestro trabajo se encontró que cambia el diagnóstico en un (76.4%) y confirma el diagnóstico en un (23.6%); en cuanto al tipo de cirugía practicada se encontró que sólo hace el diagnóstico en un (7.25%) y diagnóstico más tratamiento en un (92.75%), en nuestro trabajo se encontró que sólo hace el diagnóstico en un (10.3%) y diagnóstico más tratamiento en un (89.7%) respectivamente; en cuanto a las complicaciones se encontró que la infección de herida operatoria es 25%, mientras que en nuestro estudio se encontró que el absceso intraabdominal (9.9%) es la complicación más frecuente seguido por eventración abdominal (9.5%), el promedio de estancia hospitalaria fue de 9.60 días (desviación estándar=5.7%), predominando la estancia entre 5 a 7 días, mientras que

en nuestro estudio se encontró un promedio de 62.5 días (con una desviación estándar de 63.92)

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

- El grupo etáreo que es intervenido en Emergencia por Laparotomía Exploratoria estuvo entre los 16 y 33 años de edad (78.9%) con un promedio etáreo de 27.14 años (desviación estándar = 13.70).
- La principal causa de elección de la técnica de Laparotomía Exploratoria es el traumatismo abdominal donde predomina el traumatismo abdominal abierto en proporción de 3 a 1 sobre el cerrado.
- La segunda causa de cirugía en emergencia por abdomen agudo es el peritoneal, seguido por el abdomen agudo sin identificación etiológica en particular. En la cuarta frecuencia corresponde al abdomen agudo obstructivo.
- La Laparotomía exploratoria no permitió hallazgo alguno lo que se denomina Laparotomía en blanco en la décima parte de los casos.
- Las cinco lesiones más frecuentes fueron: perforación de víscera hueca (las traumáticas fueron mayoritarias y un margen menor de origen inflamatorio); el hematoma retroperitoneal causado por traumatismo cerrado; la apendicitis aguda complicada; y el trauma hepático (más frecuentemente de origen traumático abierto).
- La cirugía realizada más frecuentemente es la intestinal dentro de ella la resección intestinal más anastomosis, seguida de la rafia intestinal, la apendicectomía ocupó el tercer lugar, seguido de resección de colon izquierdo acompañada de colostomía y la liberación de adherencias en obstrucción intestinal.

- Las principales complicaciones postquirúrgicas fueron las infecciosas como absceso intraabdominal.

## CAPÍTULO VI: RECOMENDACIONES

Ante las evidencias claras de las limitaciones con este método quirúrgicos empleadas en su mayoría a personal militar en estado de actividad y por el considerable aún porcentaje de Laparotomías Exploratorias que sólo hacen el diagnóstico sin ninguna medida terapéutica, además por el porcentaje de mayores complicaciones y mayor tiempo de estancia hospitalaria evidenciándose definitivas desventajas que este método tiene y que se traduce en una mayor relación costo-beneficio tanto para el paciente como para la Institución se recomienda emplear la Laparoscopia Diagnóstica en el Servicio de Emergencia de Cirugía General del Hospital Militar Central, la misma que se ha ido incrementando en los servicios de Emergencia de hospitales más especializados del mundo de manera significativa por las definitivas ventajas que este método tiene y se traduce en una disminución de la relación costo-beneficio tanto para paciente como para nuestra Institución más aún cuando la población de paciente se encuentra en su mayoría en actividad, además teniendo referencia de tener un porcentaje representativo de Laparotomía Exploratoria en el que sólo se hace diagnóstico y no tratamiento y que la Laparoscopia Diagnóstica bien puede emplearse con todas las ventajas como menor complicación postoperatoria, menor tiempo de estancia hospitalaria, rápida incorporación al trabajo y menor costo beneficio de la Institución.

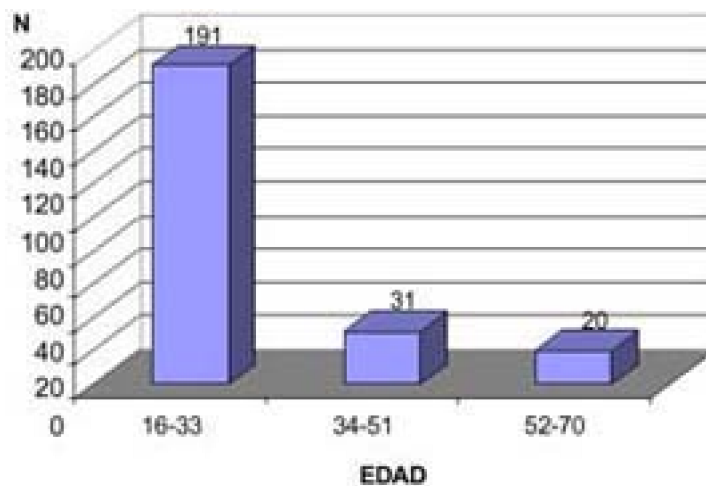


Figura 1. DISTRIBUCIÓN ETAREA

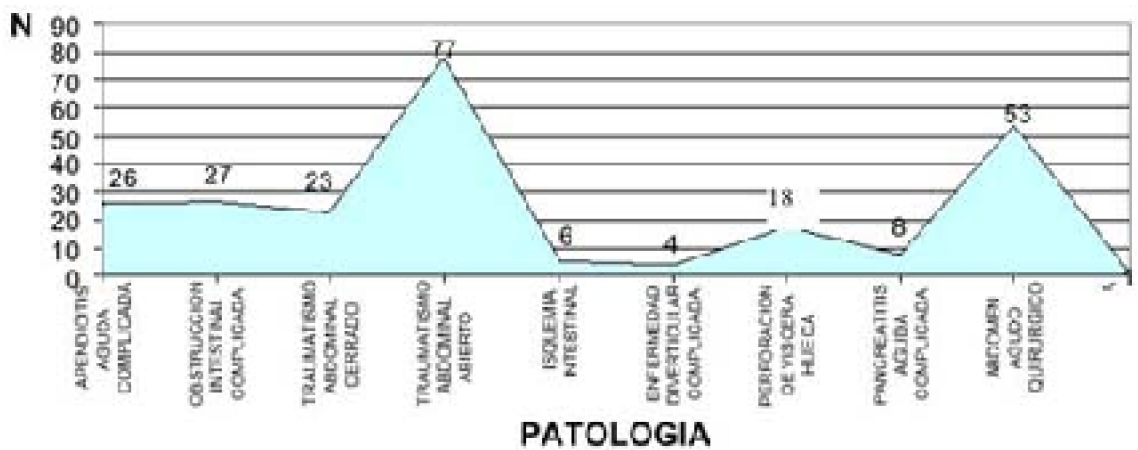


Figura 2. DIAGNÓSTICOS PREOPERATORIOS

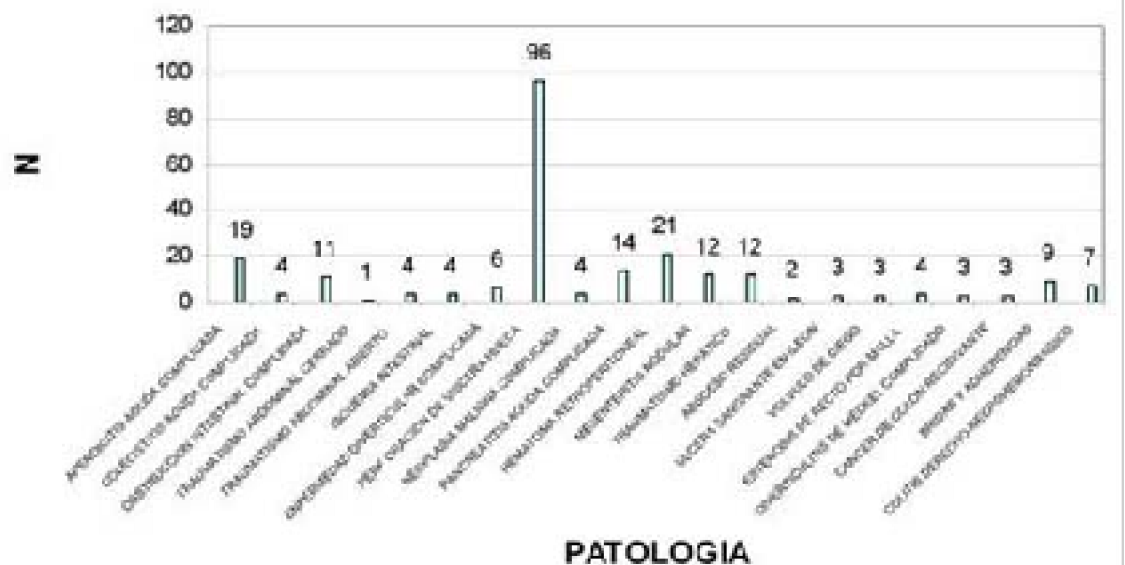


Figura 3. HALLAZGOS



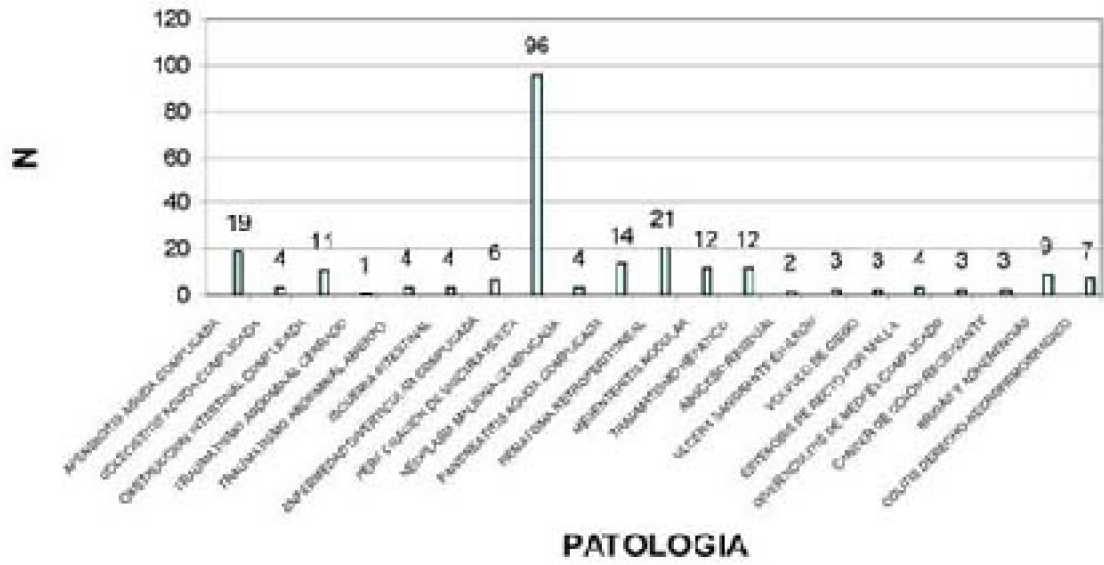


Figura 4. DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO

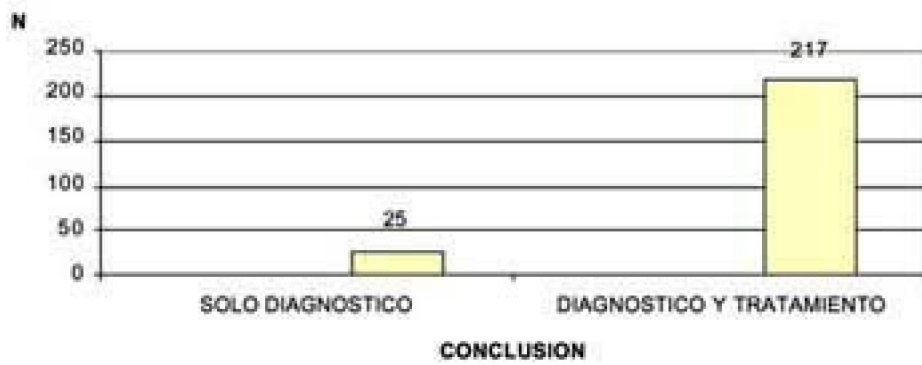


Figura 5. OPERACIÓN REALIZADA

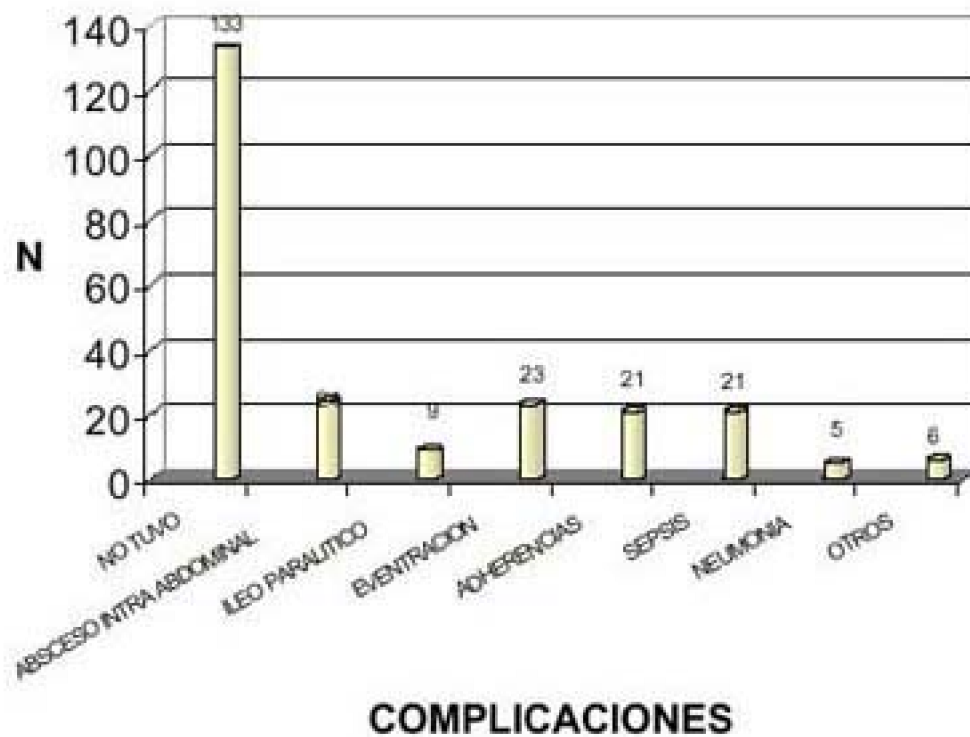


Figura 6. COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

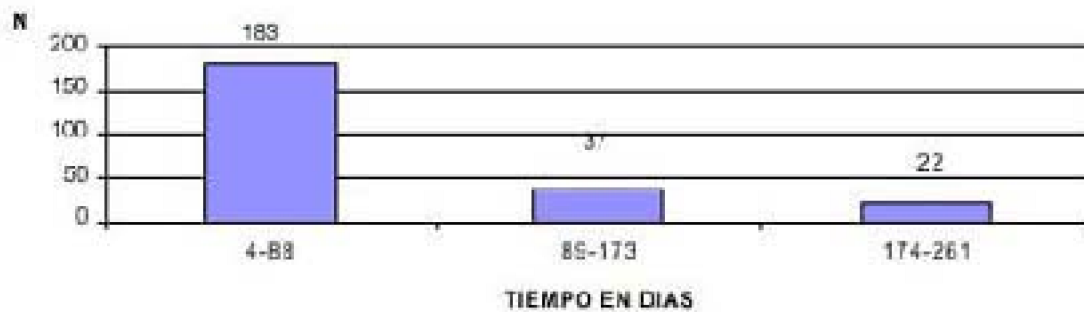


Figura 7. ESTANCIA HOSPITALARIA TOTAL

---

## BIBLIOGRAFÍA

- ALVARADO C.; RAMIREZ B. Tumor estromal gástrico con degeneración mixoide, reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev. Gastroenterología mexicana. Vol. 65, N° 01, 2000.
- ARELLANO R.; GORICHAN G. Apendicitis aguda en el Hospital San José de Parral. Rev. Med. Maule. Vol. 20, N°02, 2001.
- ARAUJO R.; AMARAL B. Oclusão gástrica devido a bezoar metálico. J. Brasil. Med. Vol. 80, N°04, 2001.
- ARZUAGA A.; GUTIERREZ P. Invaginación intestinal por polipo fibroide inflamatorio del Ileon. Presentación de un caso. Revista cubana quirúrgica. Vol. 40, N° 01, 2001.
- ARGUELLO A. Laparotomía laparoscópica diagnóstica, laparoscopia operatorio, análisis y costos. Rev. Colombiana de Ginecología. Vol. 51, N° 01, 2000.
- APT. BARUCH L.; LOPEZ D. Fasciolosis aguda caso clínico Parasitología latinoamericana. Vol. 5, N° 1-2, 2002.
- ALBES F. ; ALBURQUERQUE I. Intususcepción ileocecal por linfoma relato de un caso. Rev. Colo-proctológica. Brasil. Vol. 20, N° 02, 2000.
- ASENCIO J.; SALVADOR A. Lesiones Vasculares abdominales: El desafío del cirujano de trauma Rev. Guatemalteca de Cirugía. Vol. 9, N° 2, 2000.
- ANDRADE C. ; SANTOS P. Cistoadenoma mucinoso do apéndice: relato de caso. Acta cir Brasil. Vol. 16, N° 04, 2001.

- ALVAREZ V.; FINKE A. Hernia diafragmática en esofagectomía transhiatal. Rev. Chilena. Cir. Vol. 53, N° 04, 2001.
- BERMUDEZ C.; BRAGHETTO Laparostomía contenida en manejo de sepsis abdominal; uso de mallas versus ventrofil como forma de contención. Rev. Chilena de Cir. Vol. 52, N° 01, 2000.
- BERNAL M.; OLIVAREZ V. Quiste de ovario gigante. Informe de un caso. Ginecol. Obstet. México. Vol. 69, N° 07, 2001.
- BARREDO C.; LEIRO F. Intususcepción Intestinal del adulto. Revista argentina quirúrgica. Vol. 82, N° 03-04, 2002.
- CANCIANO A.; KLINGER R. Hernias Traumáticas del Diafragma. Rev. Chilena Cirugía. Vol. 53, N° 04, 2001.
- CABALLERO N. Perforación Gástrica en el recién nacido, secundaria a gastritis necrozante. Boletín médico del Hospital Infantil Mexicano. Vol. 57, N° 11, 2000.
- CANDANEDO G.; LUNA P. Linfangioma Quístico del Mesenterio. Análisis clínico radiológico y morfológico. Rev. Gastroenterología mexicana. Vol. 65, N° 01, 2000.
- CORREIA D. Enterocolitis necrotizante Rev. Pediátrica de Chile. Vol. 44, N° 51, 2001.
- CHÁVEZ A.; DIAZ D. Aneurisma ilíaco aislado bilateral. Rev. Chilena Cir. Vol. 54, N° 01, 2002.
- CABALLERO N. Perforación Gástrica en el recién nacido secundario a gastritis necrotizante. Boletín médico. Hospital Infantil México. Vol. 57, N° 11, 2000.
- CONTRERAS M.; MOLINA C. Mieolipoma de Suparrenal. Presentación de dos casos. Med. Interna Mexicana. Vol. 16, N° 06, 2000.
- DURAND L. Peritonitis Purulenta Diseminada Tratamiento con lavado peritoneal a gran volumen. Rev. Gastroenterología peruana. Vol. 20, N° 01, 2000.
- DIAZ P.; TANTALEAN R. Cuerpo extraño en abdomen a propósito de un caso. Rev. Gastroenterología Peruana. Vol. 21, N° 3, 2001.
- DURAND L. Peritonitis Purulenta Diseminada Tratamiento con lavado peritoneal a gran volumen. Revista Gastroenterología peruana. Vol. 20, N° 01, 2000.
- ELTON T.; SILVA S. Divertículo de Meckel Boletín del Hospital Viña del Mar. Vol. 56, N° 3-4, 2000.
- EPAMINONDAS W.; SOUZA J. Laparotomía abreviada um conceito na cirurgia do trauma. J. Brasil Med. Vol. 79, N° 03, 2000.
- ESTEVEZ E.; NETO M. Aplicacoes da cirurgia video laparoscópica. J. Pediatri. Río de Janeiro. Vol. 77, N° 05, 2001.
- FIGUEROA D.; AGUILAR B. Síndrome de choque tóxico secundario a Cirugía Ginecológica Rev. de Perinatología reproductiva humana. Vol. 15, N° 2, 2001.
- FORENZA N. Síndrome de Ivemark Vólvulo Gástrico asociado con asplenia. Rev. Cir. Infantil. Vol. 11, N° 04, 2001.
- GREZ I Estallido duodenal por cinturón de seguridad. Rev. Med. Maule. Vol. 20, N°02, 2001.
- GREZ I.; PRADO A. Hernia Diafragmática Traumática Complicada en Urgencia tres casos clínicos. Rev. Med. Maule. Vol. 20, N°02, 2001.

- GOICOCHEA M.; DIAZ P. Obstrucción Intestinal por mal rotación en el adulto a propósito de un caso. Rev. de Gastroenterología Edición Peruana. Vol. 21, N° 1, 2001
- GOICOCHEA M.; DIAZ P. Obstrucción intestinal por malrotación en el adulto a propósito de un caso. Rev. Gastroenterología Peruana. Vol. 21, N° 01, 2001.
- ICAZA C.; ITAKAHASHI M. Enfermedad de Hirschsprung en el adulto, informe de un caso. Revista Gastroenterología mexicana. Vol. 65, N°04, 2000.
- JARUFE C.; IBÁÑEZ A. Laparoscopia y ultrasonografía laparoscópica en Cáncer Digestivo. Rev. Chilena Cirugía. Vol. 54, N° 01, 2002.
- KROMBERG V.; RAMIREZ L. Estudio comparativo entre drenaje biliar interno y sonda en T. para la descompresión de la vía biliar después de una coledocotomía. Rev. Chilena Cir. Vol. 53, N° 06, 2001.
- LAZAGNA G.; LAZAGNA R. Colecistitis Aguda en un centro de Trauma. Revista Chilena Quirúrgica. Vol. 53, N° 06, 2001.
- LOBOS M.; DONOSO A. Trauma penetrante abdominal. Boletín del Hospital Viña del Mar Vol. 56, N° 01-02, 2000.
- MIRANDA M.; OLIVEIRA F. Uso da Laparoscopia no manejo das coplicacoes, relacionadas Catéter de diálise peritoneal. Rev. Col. Brasileña Quirúrgica. Vol. 27, N° 3. 2002.
- MONTOVANI M.; FONTELLES M. Incidencia de fistulas digestivas nos perimentos toracoabdominales Rev. Col. Brasileña Quirúrgica. Vol. 27, N°03, 2000.
- MARTINEZ O.; ESMER S. Neurofibromatosis Gastrointestinal una causa poco frecuente de cirugía abdominal. Rev. Gastroenterología mexicana. Vol. 65, N° 01, 2000.
- MARTINEZ L.; ROLANDO D. Tumor de Intestino Delgado Perforado: Diagnóstico por Laparoscopia de urgencia. Revista Cubana Med. Vol. 29, N° 03, 2000.
- NIÑO S.; JAVIER G. Hemorragia del tubo digestivo secundaria a angiodisplasia Yeyunal asociado a diverticulosis yeyunal. Rev. Gastroenterología mexicana. Vol. 65, N° 02, 2000.
- OBALDIA C.; GENEROSO O. Experiencia en el manejo quirúrgico de sarcomas retro-Peritoneales en el CMN 20 de noviembre ISSSTE. Rev. Inst. Nac. Cancerol (Mexicana). Vol. 4, N° 4, 2000.
- SALGADO J.; CUNHA F. Desenvolvimento de modelo de Peritonite Bacteriana para avaliação do tratamento mediante acesso laparotómico e video laparoscópico. Acta quirúrgica brasileira. Vol. 16, N° 01, 2001.
- SÁNCHEZ F.; PATRICIO M. Esquema mesentérico agudo. Semblanza de una enfermedad agresiva. Rev. Gastroenterología mexicana Vol. 65, N° 03, 2000.
- USANDIVARES J.; MONACO J. Síndrome de Igilve, a propósito de un caso. Rev. Med. Tucumán. Vol. 7 N°03 – 2001.
- VILLANUEVA F.; HENRIQUEZ B. Embarazo tubario bilateral espontáneo. Rev. Chilena Obstétrica Vol. 66, N°06, 2001.
- VERGNAUD J.; LOPERA C. Corrección laparoscópica de hernias diafragmáticas

traumáticas, reporte de 12 casos. Revista Colombiana de Cirugía. Vol. 17, N°3, 2002.  
VALDEZ G.; MARTINEZ L. Absceso hepático amebiano. Experiencia en los últimos 5 años en el Hospital Militar Central. Revista Sanidad Militar. Vol. 54, N° 03, 2000.  
YACAMAN H.; FLORES N. Pancreatitis aguda secundaria a fiebre tifoidea en un pre-escolar. Rev. Gastroenterología mexicana. Vol. 65, N° 01, 2000.