



11209
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN No. 3 DEL D.F.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI**

**ABSCESO DE PSOAS TUBERCULOSO
EN PACIENTE CON VIH**

MATRIZ: 334732

**T E S I S
Q U E P R E S E N T A:
DR. JUAN ANTONIO SÁNCHEZ VALLE
PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGÍA GENERAL**



IMSS

**ASESOR:
DR. JOSE LUIS MARTINEZ ORDAZ**

MÉXICO, D.F.

2004

0334732



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

REGISTRO DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación 3SO Unidad de adscripción HECMN Siglo XXI

Autor:

Apellido Paterno Sánchez Materno Valle Nombres Juan Antonio

Matricula _____ Especialidad Cirugía General Fecha Grad. 29/02/2004

Asesor:

Apellido Paterno Martinez Materno Ordaz Nombres Jose Luis

Matricula 9753575 Especialidad Cirugía General Registro 121/2004

Titulo de la Tesis: Absceso de psoas tuberculoso en pacientes con VIH. Reporte de un caso.

Resumen:

El absceso de psoas es poco frecuente con causas multifactoriales, se dividen en primarios en la que el factor etiológico más frecuente es el estafilococo aureus y secundarios en los que la causa más común es la enfermedad de Crohn. Actualmente se debe considerar como un fuerte factor de riesgo a pacientes con abusos de drogas y VIH positivos para presentar abscesos de psoas. La Mycobacterium tuberculosis es una causa extremadamente rara de abscesos de psoas pero se han reportado casos en pacientes con VIH. La presentación clínica es insidiosa en la que predomina el dolor y la fiebre, el diagnostico se realiza por tomografía computada. El tratamiento se basa en el drenaje percutáneo guiado por imagen de preferencia por tomografía, cuando esta falla se interviene quirúrgicamente por vía extraperitoneal pero cuando se determina abscesos secundarios se aborda por vía transperitoneal con corrección de la patología de base.

Se presenta el caso de masculino de 24 años con cuadro de síndrome febril de 8 meses de evolución, antecedentes de cardiopatía reumática con prótesis mitral y aortica operado hace 8 años, requiriendo múltiples transfusiones. Durante internamiento se realiza biopsia de ganglios cervicales, con linfadenitis granulomatosa crónica por micobacterium tuberculosis e inicio de tratamiento antiretroviral por confirmar VIH. Presenta cuadro de dolor abdominal, fiebre persistente, se realiza tomografía abdominal con imagen compatible con abscesos de psoas izquierdo y colección retroperitoneal derecha, es intervenido quirúrgicamente obteniendo 1000 cc de material purulento en psoas izquierdo.

Palabras clave.

1) Absceso de psoas 2) tuberculosis 3) VIH

Pags. 14

Tipo de Investigación: cl

Tipo de Diseño: cl1

Tipo de Estudio: TE3c

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: JUAN ANTONIO SANCHEZ VALLE

FECHA: 7/09/04

FIRMA: [Firma]



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN SUPERIOR
FACULTAD DE MEDICINA
N.A.M.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

DR. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
JEFE DE DIVISIÓN DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

[Handwritten signature]
DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE LA ESPECIALIZACIÓN EN
CIRUGÍA GENERAL.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

[Handwritten signature]

DR. JOSE LUIS MARTÍNEZ ORDAZ
ASESOR DE TESIS
CIRUJANO GENERAL ADSCRITO AL SERVICIO DE
GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DELEGACION 3 SUROESTE D.F.
C.M.N. SIGLO XXI
HOSP. DE ESPECIALIDADES

RECIBIDO
08 JUL 2004

IV. EDUCACION E INVESTIG. MEDICA

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Juan y Edith el mas profundo agradecimiento por su apoyo incondicional, por alentarme siempre, por ser un ejemplo de vida para mí, en la forma de ver las cosas, en la forma de encarar la vida misma y por todo lo que soy, gracias.

A mi hermana Babis que siempre estuvo conmigo y por quien yo daría mi vida.

A mi familia que siempre creyó en mi, gracias especiales a mi tía Narda y a mi segunda hermana Yomar.

A mi maestros Dr. Roberto Blanco, gracias infinitas y mis excelentes maestros de Centro Medico y de los hospitales Venados y Gabriel Mancera.

Un agradecimiento especial a mi maestro y asesor Dr. José Luis Martínez que fue fundamental para la realización de este trabajo.

A todos mis amigos y compañeros.

INDICE

Resumen	.....	2
Antecedentes	.....	3
Material y Métodos	.....	5
Diseño de Estudio	.....	5
Universo de Trabajo	.....	5
Descripción de variables	.....	5
Reporte de Caso	.....	6
Discusión	.....	8
Conclusiones	.....	11
Referencias Bibliográficas	.....	12
Anexos	.....	14
Carta de aceptación de la publicación en la Revista Cirugía y Cirujanos	.....	14

I. RESUMEN.

Se presenta el caso de masculino de 24 años con cuadro de síndrome febril de 8 meses de evolución, antecedentes de cardiopatía reumática con prótesis mitral y aortica operado hace 8 años, requiriendo múltiples transfusiones. Durante primer internamiento se realiza biopsia de ganglios cervicales, estudio histopatológico con linfadenitis granulomatosa crónica por *Mycobacterium tuberculosis*, inicio de tratamiento antiretroviral por confirmar VIH. Presenta cuadro de dolor abdominal, fiebre persistente, se realiza tomografía abdominal con imagen compatible con *abscesos de psoas* izquierdo y colección retroperitoneal derecha, es intervenido quirúrgicamente obteniendo 1000 cc de material purulento en psoas izquierdo.

El absceso de psoas es poco frecuente con causas multifactoriales, se dividen en primarios en la que el factor etiológico más frecuente es el estafilococo aureus y secundarios en los que la causa más común es la enfermedad de Crohn. Actualmente se debe considerar como un fuerte factor de riesgo a pacientes con abusos de drogas y VIH positivos para presentar abscesos de psoas. La *Mycobacterium tuberculosis* es una causa extremadamente rara de abscesos de psoas pero se han reportado casos en pacientes con VIH. La presentación clínica es insidiosa en la que predomina el dolor y la fiebre, el diagnóstico se realiza por tomografía computada. El tratamiento se basa en el drenaje percutáneo guiado por imagen de preferencia por tomografía, cuando esta falla se interviene quirúrgicamente por vía extraperitoneal pero cuando se determina abscesos secundarios se aborda por vía transperitoneal con corrección de la patología de base.

ABSCESO DE PSOAS TUBERCULOSO EN PACIENTE CON VIH

I. ANTECEDENTES.

El absceso de psoas fue descrito por primera vez por Mynter in 1881 quien lo describió como psoitis. (10)(1).

Las causas de esta entidad han cambiado, a inicios de siglo pasado el *Micobacterium tuberculosis* fue la causa responsable de la mayoría de los casos de abscesos de psoas, conforme se ha controlado el patógeno de la tuberculosis los abscesos secundarios se han hecho más comunes (15). Pero actualmente la causa más común de los abscesos primarios es el *Estafilococo aureus* en un 88.4%, los otros son el *Estreptococo* y la *Echerichia coli* (6)(1). La enfermedad de Crohn es la causa más común de abscesos secundarios, otras causas son la apendicitis, diverticulitis, colitis ulcerativa, osteomielitis, neoplasias, infección de disco vertebral, infecciones renales y traumatismos. (6). La presentación clínica es generalmente insidiosa. Los síntomas clásicos son la fiebre, dolor en flanco o abdominal. (1).

El manejo tradicional del absceso de psoas es quirúrgico con un régimen antibiótico adecuado. Posterior al desarrollo de punciones guiadas por imagen desarrollada a comienzos de los ochentas, con drenaje por aspiración y colocación de catéter se convirtió en alternativa para drenaje de colecciones intra abdominales. (3).

El pronóstico general del absceso primario es mejor comparado con el absceso secundario. (8).

Debido a lo raro de los abscesos de psoas, se decide presentar el caso de un paciente con VIH positivo en tratamiento y se investiga la etiología de un absceso determinando que es por micobacterium tuberculosis.

II. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.

2.1 Diseño del estudio. Estudio retrospectivo, en el cual se reporta un caso mediante imágenes tomográficas, el caso de un paciente VIH positivo con una absceso de psoas tuberculoso. El paciente fue sometido a drenaje quirúrgico y antimicrobianos además de su tratamiento antifímico y retroviral que presento evolución satisfactoria de este evento.

2.2. Universo de trabajo. El estudio se realizo e el Hospital de Especialidades de Centro Medico Nacional Siglo XXI, el paciente fue manejado por el servicio de Medicina Interna conjuntamente con Gastrocirugía, el motivo de ingreso fue por síndrome febril.

2.3. Descripción de las variables. Un paciente masculino de masculino de 24 años con cuadro de síndrome febril de 8 meses de evolución, confirmar VIH, presenta cuadro de dolor abdominal, fiebre persistente, se realiza tomografía abdominal con imagen compatible con *abscesos de psoas* izquierdo y colección retroperitoneal derecha, es intervenido quirúrgicamente obteniendo 1000 cc de material purulento en psoas izquierdo.

III. REPOTE DEL CASO.

Se trata de masculino de 24 años con cuadro de síndrome febril de 8 meses de evolución, y presencia de adenomegalias cervical e inguinal, se descarta inicialmente linfoma y se investiga proceso infeccioso.

El paciente cuenta con antecedentes de cardiopatía reumática con presencia de prótesis mitral y aórtica operado hace 8 años, requiriendo múltiples transfusiones. Además desde hace 3 meses presenta evacuaciones diarreicas intermitentes en ocasiones con moco y sangre.

Durante primer internamiento se realiza biopsia de ganglios cervicales abscedados de los que se toma cultivo con *Estafilococo aureus*, tinción Ziehl Neelsen positiva y estudio histopatológico con linfadenitis granulomatosa crónica por *Mycobacterium tuberculosis*, se inicia tratamiento antituberculoso por tuberculosis ganglionar y pulmonar con radiografías de tórax con infiltrado micronodular y baciloscopia de esputo positiva, además del inicio de tratamiento antiretroviral por confirmar VIH.

Dos meses posteriores el paciente inicio con dolor abdominal, fiebre persistente, se realiza tomografía abdominal demostrando hepatoesplenomegalia, conglomerados ganglionares e imagen compatible con *abscesos de psoas* izquierdo y colección retroperitoneal derecha, es intervenido quirúrgicamente obteniendo 1000 cc de material purulento en psoas izquierdo, se decide empaquetamiento de retroperitoneo por sangrado y se desempaqueta a las 72 horas sin evidenciar sangrado.

A la semana de procedimiento quirúrgico se toma ultrasonido que demuestra pequeña colección residual la cual se drena en un tercer tiempo quirúrgico encontrado 50 cc de material necrótico con coágulos, posterior a ultima intervención el paciente evoluciona favorablemente dándose de alta para su seguimiento por consulta externa.

Al momento el paciente continua con apoyo antifímico y antiretroviral, con pronóstico malo a corto plazo y alto riesgo de complicaciones.

IV. DISCUSIÓN.

El absceso de psoas fue descrito por primera vez por Mynter in 1881 quien lo describió como psoitis. (10)(1). Es relativamente rara en países occidentales. Puede ser primaria por infecciones de focos desconocidos que se disemina por vía hematogena o secundarios a abscesos retroperitoneales o intra abdominales.

Las causas de esta entidad han cambiado, a inicios de siglo pasado el *Micobacterium tuberculosis* fue la causa responsable de la mayoría de los casos de abscesos de psoas, conforme se ha controlado el patógeno de la tuberculosis los abscesos secundarios se han hecho más comunes (15). Pero actualmente la causa más común de los abscesos primarios es el *Estafilococo aureus* en un 88.4%, los otros son el *Estreptococo* y la *Escherichia coli* (6)(1). La enfermedad de Crohn es la causa más común de abscesos secundarios, otras causas son la apendicitis, diverticulitis, colitis ulcerativa, osteomielitis, neoplasias, infección de disco vertebral, infecciones renales y traumatismos.(6).

Un absceso involucra el espacio del psoas y se puede extender a través de tracto hacia el mediastino posterior y posteriormente el anterior. Los abscesos de psoas están por detrás de la fascia transversalis. (4)(5). La infección del psoas se propaga por vía hematogena debido a su rico riego vascular o por extensión directa a estructuras vecinas , es mas frecuente en personas jóvenes y es muy rara en población de tercera edad.(8). Efectivamente los grupos mas predispuestos son los inmunocomprometidos como diabéticos, mayores, paciente que reciben esteroides o con enfermedades malignas, alcohólicos(1) y pacientes con VIH(13). que presentas sitios infrecuentes de infección.

Aunque es histórico esta bien establecido que el *Micobacterium tuberculosis* es considerado una causa extremadamente rara de absceso de psoas. El reciente surgimiento de la tuberculosis debe darnos otro diagnóstico diferencial de estos abscesos, sobre todo en pacientes con VIH.(13). En la pasada década la mayoría de los pacientes en estados unidos con abscesos primarios fueron drogadicto de drogas intravenosas(86%), infectados con VIH(57%)(14). Con el incremento de la población de paciente con abuso de drogas que son HIV positivos, el absceso de psoas tiene mayor prevalencia por la bacteriemia que produce y su dificultad de reconocerlos, por lo que paciente con abusos de drogas y VIH positivo se debe considerar como un fuerte factor de riesgo para presentar abscesos de psoas.(15). Boyd y Brettle describen en 1999 dos casos de pacientes con VIH y con tratamiento antiretroviral que presentaron absceso de psoas por Mico bacterias atípicas demostrando que pese a tratamiento contra VIH estos pacientes son susceptibles de esta entidad.(16)

La presentación clínica es generalmente insidiosa. Los síntomas clásicos son la fiebre, dolor en flanco o abdominal.(1). Otros síntomas pueden incluir malestar general, pérdida de peso, o se presentan como un tumor. Los hallazgos físicos, como posición antialgica, molestia en flanco, o sensación de pesadez en flanco también pueden verse. Los datos de laboratorios puede incluir elevación de la cuenta de glóbulos blancos, anemia, elevación de la sedimentación globular, y cultivos positivos del organismo particular que esta causando el absceso.(1).

Los estudios de imagen ayudan para el diagnóstico y para encontrar la causa del absceso. Las radiografías simples de abdomen revelan una sombra anormal en el psoas o una masa de tejido blando. El ultrasonido puede demostrar una

masa hipoecoica sugestiva de abscesos de psoas pero no identifica la causa del absceso.(11). La tomografía computada (TC) con contraste es la forma más eficiente y precisa para el diagnostico de absceso de psoas. (12). La TC axial no solo nos diagnostica el absceso también determina la etiología, con propósitos terapéuticos y seguimiento postoperatorio.(1).

El manejo tradicional del absceso de psoas es quirúrgico con un régimen antibiótico adecuado. Posterior al desarrollo de punciones guiadas por imagen desarrollada a comienzos de los ochentas, con drenaje por aspiración y colocación de catéter se convirtió en alternativa para drenaje de colecciones intra abdominales.(3). Aunque muchos autores reportan buenos resultados con la punción guiada por ultrasonido la técnica preferida es la punción guiada por tomografía por varias razones entre ellas que la tomografía demuestra la extensión completa del absceso sobre todo en absceso que se extienden hasta la pelvis, además la tomografía ofrece mejor visión de la patología asociada en estructuras vecinas y porque la tomografía demuestra la ruta libre de asas intestinales hacia el absceso(2). El drenaje por punción puede ser técnicamente difícil en algunos pacientes debido a la localización del absceso, abscesos multilobulados, y la cirugía se reserva a casos en la que el drenaje percutaneo falla.(7). El drenaje quirúrgico generalmente se realiza por abordaje extraperitoneal pero pacientes con abscesos secundarios requieren corrección de patología que origina la enfermedad base además de un drenaje adecuado. El drenaje extraperitoneal es seguro y efectivo para estos abscesos.(1). Algunos autores recomiendan el drenaje transperitoneal con resección de intestino afectado y anastomosis primaria o derivación con drenaje del absceso en el mismo tiempo quirúrgico.(9) El pronostico general del absceso primario es mejor comparado con el absceso secundario.(8).

V. CONCLUSIONES.

El absceso de psoas es poco frecuente con causas multifactoriales, se dividen en primarios en la que el factor etiológico más frecuente es el estafilococo aureus y secundarios en los que la causa más común es la enfermedad de Crohn.

Actualmente se debe considerar como un fuerte factor de riesgo a pacientes con abusos de drogas y VIH positivos para presentar abscesos de psoas.

La *Mycobacterium tuberculosis* es una causa extremadamente rara de abscesos de psoas pero se han reportado casos en pacientes con VIH.

La presentación clínica es insidiosa en la que predomina el dolor y la fiebre, el diagnóstico se realiza por tomografía computada.

El tratamiento se basa en el drenaje percutáneo guiado por imagen de preferencia por tomografía, cuando esta falla se interviene quirúrgicamente por vía extraperitoneal pero cuando se determina abscesos secundarios se aborda por vía transperitoneal con corrección de la patología de base.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. AGRAWAL S., DWIVEDI A., KHAN M.: primary Psoas Abscess. Digestive Disease and Sciences 47(9), 2103-2105, 2002.
2. CANTASDEMIR M., KARA B., CEBI D., SELCUK N., NUMAN F.: Computed Tomography guided Percutaneous Catheter Drainage of Prima and Secondary Iliopsoas Abscesses. Clinical Radiology 58:811-812. 2003.
3. HUANG J., RUSAN M., LAN R., et al. Acute piogenyc Abscess in Taiwan: clinical features, diagnosis, treatments and outcome. J Infect.40.248-255.2000.
4. ALTAMEIER W., CULTBERTSON W., FULLEN W., SHOOK C.: Intra-Abdominal abscesses. Am J Surg 125:70-79, 1973.
5. ALTAMEIER W., ALEXANDER J.: Retroperitoneal abscess. Arch surg 83: 44-56, 1961.
6. RICCI M., ROSE F., MEYER K.: Pyogenic Psoas Abscess: Worldwide variations in etiology. World J Surg. 64: 10: 834-843, 1986.
7. PRUETT T., SIMMONS R.: Status of percutaneous catheter drainage of abscesses. Surg Clin North Am 68:89-105, 1988.
8. GRUENWALD I., ABRAHAMSON J., COHEN O: Psoas abscess. Case report an review of the literature. J Urol 117:1624-1626, 1992.

9. LEU S., LEONARD M., BEART R., DOZOIS R.: Psoas abscess: Changing patterns of diagnosis and etiology. *Dis Colon Rectum* 29:694-698, 1986.
10. MYTER H: Acute Psoitis. *Buffalo Med Surg J* 21: 202-210, 1881.
11. YOWLER C., BEAM T.: Psoas abscess. *Milit Med* 123:641-642, 1988.
12. LEE J., GLAZER H.: Psoas muscle disorders: MR imaging. *Radiology* 160: 683-687, 1986.
13. HARRIGAN R., KAUFFMAN F., LOVE M.: Tuberculous psoas abscess. *J of Em Med* 13(4) 493-498. 1995.
14. THONGNGARM T., MCMURRAY R.; Primary psoas abscess. *An Rheumatic Dis* 60(2) 173-174.2001.
15. SANTAELLA R., FISHMAN E., LIPSETT P.: Primary vs Secondary Iliopsoas Abscess: Presentation, Microbiology, and Treatment. *Arch Surg.* 130(12). 1309-1313. 1995.
16. BOYD A., BRETTELE R.; Mycobacterium avium intracellulare psoas abscess in patients with AIDS after antiretroviral therapy. *AIDS* 13(15). 2185. 1999.



FUNDADA EN 1933

CUERPO EDITORIAL

EDITOR

Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes

EDITORES ASOCIADOS

Acad. Dr. Emilio García Procel
Acad. Dr. Francisco J Ochoa Carrillo
MPH Sharon Morey

CONSEJO EDITORIAL

Presidente

Acad. Dra. Hilda Villegas Castrejon

Acad. Dr. Alfredo Iñárritu Cervantes
Acad. Dr. Francisco Tenorio González
Acad. Dr. Alfredo Vicencio Towar
Acad. Dr. José Adrían Rojas Ossal
Acad. Dr. Mauro Loyo Varela
Acad. Dr. Fernando Torres Valadez
Acad. Dr. César Athé Gubérrez
Acad. Dr. Carlos Sánchez Basurto
Acad. Dr. Humberto Hurtado Andrade
Acad. Dr. Armando Vargas Domínguez

COMITÉ EDITORIAL

Acad. Dr. Joaquín S. Aldrete (EUA)
Acad. Dr. Denton A Cooley (EUA)
Acad. Dr. Carlos Baeza Herrera
Acad. Dr. Rafael de la Huerta Sánchez
Acad. Dr. Antonio de la Torre Bravo
Dr. Tom DeMeester (EUA)
Dr. Stanley Dudnick (EUA)
Acad. Dr. Guillermo Fajardo Ortiz
Acad. Dr. Guillermo Fanghanel Salmon
Acad. Dra. Raquel Gerson Cwillich
Acad. Dr. Samuel Gubérrez Vogel
Acad. Dr. Luis Ite Lamache
Acad. Dr. Takao Kimura Fujisawa
Acad. Dr. Francisco Navarro Reynoso
Acad. Dr. José F Patiño Restrepo (Colombia)
Acad. Dr. Ector J Ramírez Barba
Acad. Dr. Raúl Romero Torres (Perú)
Acad. Dr. Luis Horacio Toledo Pereyra (EUA)
Acad. Dr. Alejandro Treviño Becerra
Acad. Dra. Hilda Villegas Castrejon
Acad. Dr. Jorge Volpe Solis

ASISTENTE EDITORIAL

Gabriela Ramirez Parra

CORRECTOR DE ESTILO EN INGLÉS

Maggie Brunner

SECRETARIA

Fabioa Marroquin Abraján

CIRUGÍA Y CIRUJANOS

Órgano de Difusión Científica de la
Academia Mexicana de Cirugía

México, D. F., a 18 de Junio de 2004.

DR. JUAN ANTONIO SÁNCHEZ VALLE

Presente.

Distinguido Dr. Sánchez Valle:

Me permito dirigir a usted para informarle, que su manuscrito titulado "ABSCESO DE PSOAS TUBERCULOSO EN PACIENTE CON VIH", ha sido aceptado para su publicación en CIRUGÍA Y CIRUJANOS, como Caso clínico, en el volumen 72 número 5 (septiembre-octubre), 2004.

Agradeciendo su valiosa contribución y en espera de nuevas colaboraciones, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"Docta ars chirurgica bene salutis"

Acad. Dr. Alejandro Reyes Fuentes

Editor

Bloque B, Sótano, Unidad de Congresos Centro Médico Nacional Siglo XXI

Av. Cuauhtémoc No. 330 Col. Doctores 06725

Tel. y Fax 5761-2581, 5761-0574, 5588-0458

Comutador IMSS 5627-6900 Ext. 21266, 21267, 21268, 21269

Teléfono Directo 5761-0608

E-mail: [cirugiaycirujanos@prodigy.net.mx](mailto:cirurgiaycirujanos@prodigy.net.mx)

[cirugiaycirujanos@scrvimed.com.mx](mailto:cirurgiaycirujanos@scrvimed.com.mx)

www.amc.org.mx