

Comunicaciones póster

CP001. BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA CON AFECTACIÓN AXILAR.

A Ortega Martínez, FJ Fernández García, R Gómez Pérez, E Corrales Valero, R de Luna Díaz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La quimioterapia neoadyuvante es fundamental en el tratamiento del cáncer de mama ya que obtiene respuestas tumorales en el tumor primario y logra una disminución del estadio axilar, negativizando ganglios previamente afectos.

Hasta hace poco, a todas las pacientes que recibían neoadyuvancia por presentar axila positiva se les realizaba la linfadenectomía posterior, a pesar de tener una respuesta clínica axilar completa.

El objetivo es comprobar si la realización de la Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela para reestadificar la axila tras la quimioterapia neoadyuvante consigue evitar el vaciamiento axilar ganglionar sistemático en pacientes cuya axila sea clínicamente negativa tras el tratamiento sistémico inicial.

Material y métodos: Al diagnóstico, se realiza el marcaje de las adenopatías afectas y del tumor primario con un clip metálico.

Tras el tratamiento neoadyuvante, se reevalúa de nuevo a las pacientes clínica y ecográficamente para valorar la respuesta axilar y localizar el marcador correctamente.

Previo a la intervención, se coloca un arpón ecoguiado en el ganglio marcado y se localiza el centinela por medicina nuclear.

Durante la cirugía se recupera el ganglio marcado y el ganglio centinela (coincidentes o no). Se extraen al menos 3 ganglios. Se comprueba radiológicamente que uno de los ganglios extraídos es el marcado previamente y se realiza el estudio histológico intraoperatorio del mismo.

En caso de no localizar el ganglio marcado o si la biopsia intraoperatoria continúa siendo positiva se realiza la linfadenectomía axilar.

Resultados: Se analizan las primeras 30 pacientes. Se detectó el GC en 26 pacientes, realizándose Biopsia intraoperatoria (BIO) en 23 de ellas. En 2 pacientes la BIO fue no concluyente, mientras que en 10 fue positiva para metástasis axilares por lo que se realizó vaciamiento axilar durante la misma cirugía. También se realizó la linfadenectomía

a aquellas pacientes en las que no se localizó el ganglio centinela o no se realizó BIO.

En 11 pacientes la biopsia intraoperatoria fue negativa para células malignas, sin embargo, en la biopsia definitiva de 5 de ellas se detectaron metástasis ganglionares.

Se realizó linfadenectomía a 24 pacientes (80%), mientras que ésta se pudo evitar en 6 pacientes (20%).

Conclusiones: La BSGC permite evitar el vaciamiento axilar en un 20% de los casos de nuestra serie, en pacientes con axila positiva sometidos a QT neoadyuvante. A pesar de ser un número bajo, con los avances en QT neoadyuvante esta tasa irá en aumento y esperamos que estudios con N mayor puedan prever qué perfiles tendrán mejor respuesta axilar.

CP002. CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO CON METASTASIS EN LA MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MS Álvarez Escribano, E Corrales Valero, R Gómez Pérez, M Ortega Castán, L Pérez Villa

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Las metástasis en la mama de otros tumores primarios son muy poco frecuentes, representando aproximadamente el 0.3-2.7% de todos los tumores mamarios malignos, siendo difícil a menudo la diferenciación de las lesiones metastásicas del cáncer primario de mama.

Caso clínico: Paciente varón de 73 años, diabético, exfumador con IPA de 40 y en seguimiento hasta 2017 por Cirugía Torácica por nódulo el LSD de aspecto benigno.

El paciente fue derivado a Medicina Interna por lumbalgia de tres meses de evolución y síndrome constitucional, con pérdida de 17 Kg. A la exploración se palpa lesión laterocervical izquierda y lesión periareolar en mama derecha de consistencia pétrea. En tomografía computerizada se aprecia enfermedad neoplásica avanzada, con afectación pulmonar, hepática, suprarrenal, biliar, intra y extraperitoneal, esquelética, muscular y subcutánea. En la mamografía se aprecia nódulo de 17 mm CSE/MD y nódulo menor de 10mm en CII/MI. Se toman biopsias con resultado de adenocarcinoma invasor. En el estudio inmunohistoquímico destaca positividad para CK7 Y GATA-3, hallazgos sugestivos de origen mamario. Ante la discordancia clínica se solicitan nuevas técnicas inmunohistoquímicas que informan de

negatividad para marcadores mamarios: mamgloberin, GCDFP-15 y SOX10 y negatividad de receptores hormonales y Her-2. Siendo los marcadores de pulmón (EGFR, ALK y PDL-1) también negativos. Ante la falta de diagnóstico certero se decide broncoscopia con biopsia de masa hilar izquierda; obteniéndose hallazgos similares a la biopsia previa.

Durante el estudio el paciente precisa ingreso por progresión de la enfermedad hepática con infiltración y obstrucción de la vía biliar principal y vesícula biliar. Dado que se trata de un tumor de origen desconocido con amplia afectación metastásica, se descarta actuación sobre la vía biliar y se decide tratamiento por parte de la Unidad de Cuidados Paliativos donde sigue actualmente en seguimiento.

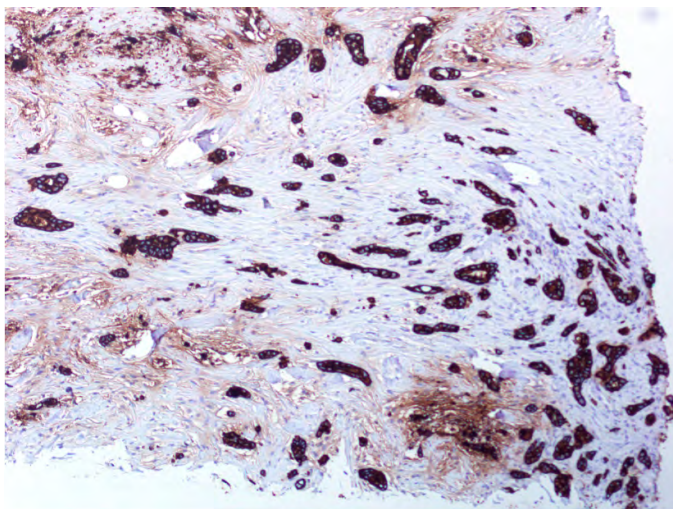


Figura 1
Mama CK7 positivo.

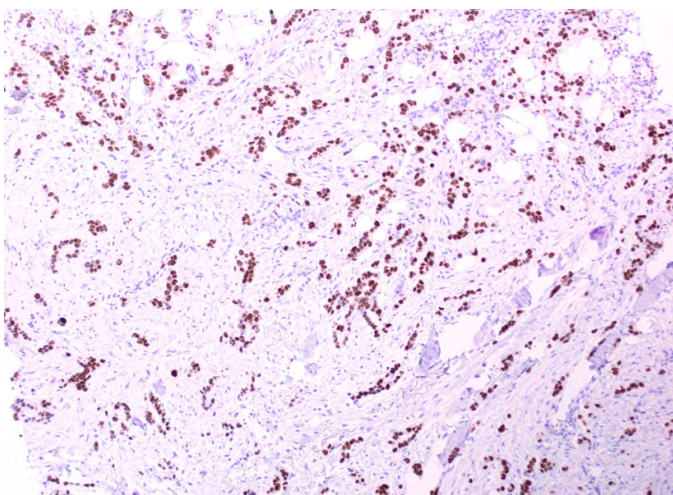


Figura 2
Mama GATA3 positivo.

Discusión: Un diagnóstico preciso de metástasis mamarias, que diferencie el carcinoma de mama primario del metastásico, es importante para un manejo adecuado. La realización de una anamnesis detallada así como los estudios anatomopatológicos e inmunohistoquímicos pueden ser útiles para diferenciar el cáncer primario de mama y el cáncer metastásico.

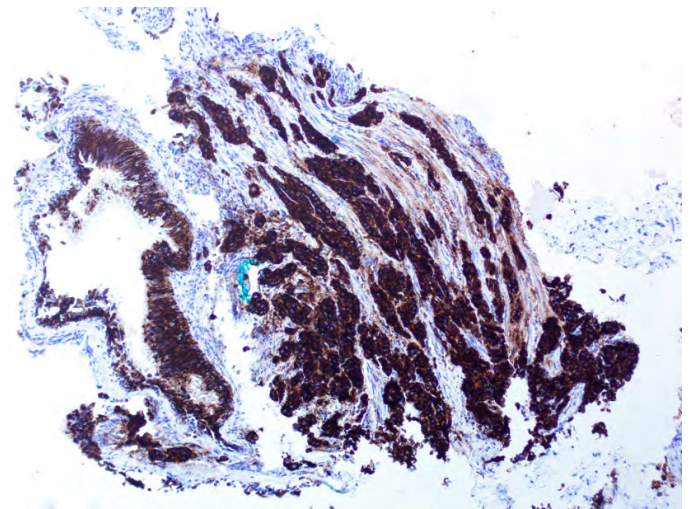


Figura 3
Pulmón CK7 positivo.

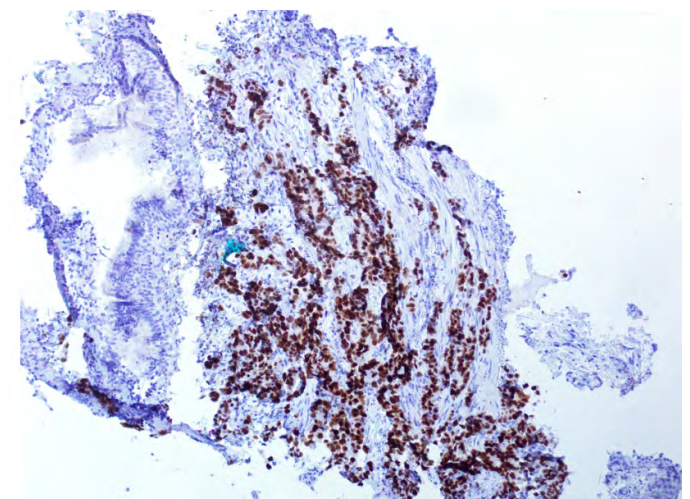


Figura 4
Pulmón GATA3 positivo.

La biopsia con aguja gruesa de las lesiones mamarias es una técnica sencilla, poco invasiva y fiable para obtener muestras que permitan el estudio anatomopatológico, así como la realización de técnicas inmunohistoquímicas que ayuden a alcanzar el diagnóstico definitivo. Este caso ejemplifica como muestras obtenidas mediante otras técnicas no aportan mayor rentabilidad que las biopsias de las lesiones mamarias.

CP003. CARCINOMA DE ORIGEN OVÁRICO CON METÁSTASIS EN LA MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

MS Álvarez Escribano¹, R Gómez Pérez¹, F Ramos Muñoz¹, B García García¹, L Pérez Villa²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

²Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Las metástasis de otros tumores primarios en la mama son una entidad extremadamente rara. El diagnóstico erróneo como cáncer primario de mama es común, dado que los hallazgos radiológicos no son patognomónicos; y por tanto un estudio inmunohistoquímico detallado es esencial.

Caso clínico: Mujer de 71 años fumadora e hipertensa, con antecedentes familiares de padre diagnosticado de neoplasia de pulmón y madre diagnosticada de neoplasia de mama, es derivada a Medicina Interna por adenopatía supraclavicular derecha. En TAC: lesión quística en ovario derecho, que no muestra incremento significativo del metabolismo en PET, y afectación ganglionar difusa y peritoneal. Se biopsia el ganglio cervical: carcinoma pobremente diferenciado, positivo para CK7 y RE; y negativo para CK20, TTF1 CDX2, GATA3; lo que sugiere posible origen mamario o ginecológico. Se decide ampliar el estudio, siendo además negativo para mamoglobina, vimentina y RP. Estos datos son compatibles con carcinoma seroso papilar de origen ovárico.

Varios meses tras el diagnóstico de carcinoma de origen ovárico (primario peritoneal sin lesión ovárica) estadio IV, la paciente presenta tumoración de unos 2 cm en CSE de mama derecha y adenopatías axilares ipsilaterales. En mamografía: nódulos mamarios bilaterales y adenopatías axilares. La biopsia de las adenopatías es negativa para malignidad. Meses después la paciente presenta inflamación dolorosa de la mama derecha, con letálides y adenopatías axilares pétreas. En TAC: mama derecha patológica con realce cutáneo y vascularización sugestiva de neoplasia así como adenopatías axilares patológicas. La biopsia cutánea de la mama es compatible con metástasis de carcinoma seroso papilar de ovario.

A pesar de varias líneas de quimioterapia, la paciente continúa con progresión, presentando una mama completamente tumoral y ulcerada. La paciente es derivada a Unidad de Mama para realización de curas y finalmente es derivada para seguimiento por Unidad de Cuidados Paliativos.

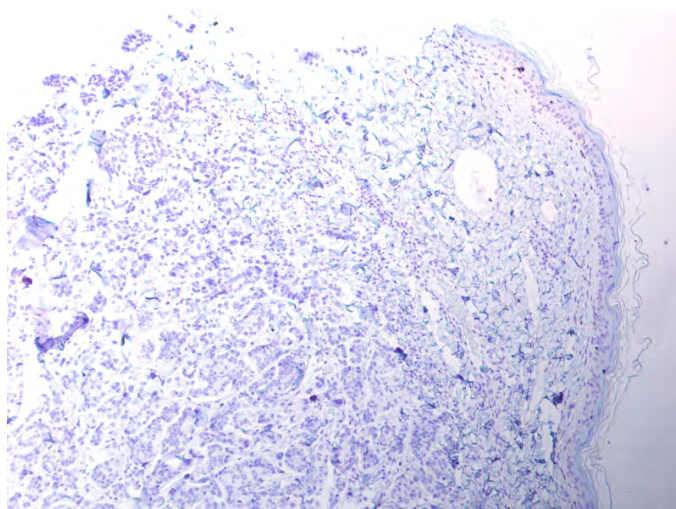


Figura 1 Metástasis de ovario RP y mamoglobina negativos.

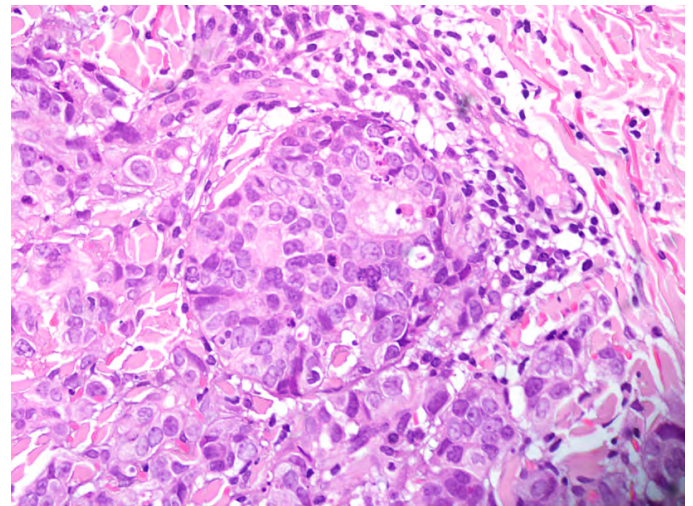


Figura 2 Metástasis cutánea de carcinoma de ovario.

Discusión: Una buena historia clínica y el examen patológico, con realización de técnicas inmunohistoquímicas pueden ser útiles para diferenciar el cáncer primario de mama y el cáncer metastásico, ya que las metástasis en la mama no presentan un patrón radiológico específico que nos oriente a este diagnóstico.

En el caso actual, los análisis anatomopatológicos y las técnicas de inmunohistoquímica son críticas en la determinación del origen de las células malignas, pudiendo determinar que la lesión es metastásica, evitando así a la paciente una cirugía innecesaria de la mama y la selección de un tratamiento sistémico apropiado.

CP004. CIRUGÍA ONCOPLÁSTICA DE MAMA Y SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA.

M Alcaide Lucena, R Forneiro Pérez, MT Sánchez Barrón, T Gallart Aragón, J García Rubio, P Torné Poyatos, S de Reyes Lartategui

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: La terapia de presión negativa (TPN) es un sistema alternativo de cicatrización no invasivo. Aplica presión subatmosférica sobre la superficie de la herida con el objetivo de aspirar el exceso de exudado, reducir la colonización bacteriana y favorecer la proliferación de tejido de granulación y epitelización de la herida.

Caso clínico: Mujer de 47 años intervenida tumorectomía radioguiada mediante patrón lateral y BSGC con resultado negativo (pT1cN0Mx). Consulta al sexto día postoperatorio por hematoma sin signos inflamatorios, que provoca posteriormente dehiscencia de la herida con salida de abundantes coágulos. Se realizan curas del lecho quirúrgico durante diez días con buena evolución.

Se coloca apósito PICO®, reemplazado a los 3-4 días, para facilitar el cierre con excelente respuesta, con cicatrización completa de la misma a los diez días. Tras cierre inicio precoz de la RT, disminuyendo el intervalo entre la cirugía y RT si comparamos con un cierre natural

por segunda intención. Actualmente se encuentra en curso de radioterapia, con toxicidad tipo radiodermitis grado 3.



Figura 1
Hematoma postquirúrgico.

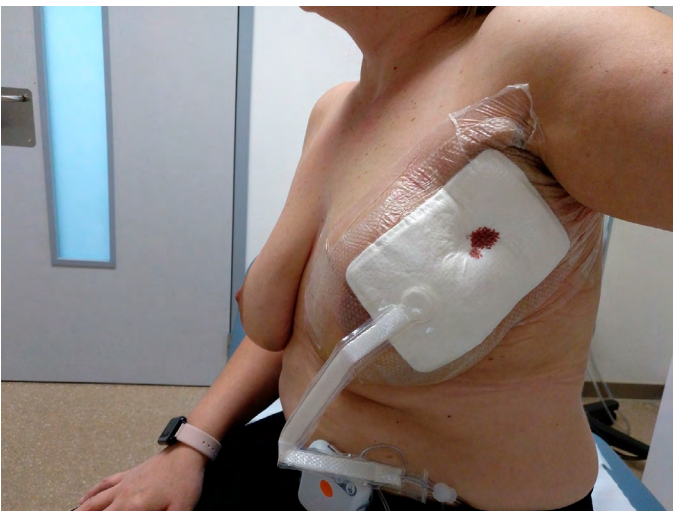


Figura 2
Apósito de terapia negativa.



Figura 3
Evolución del hematoma.

Discusión: El sistema de TPN contribuye a reducir significativamente el tiempo de cicatrización debido a la aspiración del exudado, y además disminuye las tasas de infección evitando la manipulación de la herida, minimizando el intervalo temporal entre cirugía y el inicio de la radioterapia, lo que disminuye la ansiedad de la paciente de no cumplir los plazos habituales establecidos de tratamiento

CP005. CIRUGÍA PALIATIVA EN CÁNCER DE MAMA LOCALMENTE AVANZADO.

AC Pontes García, M Gómez Infante, P Rioja Torres, FJ Briceño Delgado

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba

Introducción: En paciente con cánceres avanzados, la cirugía deja de ser curativa y pasa a ser una opción paliativa. Las indicaciones de la cirugía son imprecisas, deben de ser individualizadas y dependen del estado del paciente, las enfermedades concomitantes, la intensidad de la sintomatología y la esperanza de la vida. Por otra parte, influye la dificultad del abordaje quirúrgico en aquellos tumores localmente avanzados que comprometen a otras estructuras, donde la cirugía debe de ser agresiva y repercute considerablemente en la morbimortalidad. Pero los beneficios en la calidad de vida pueden ser considerables, por lo que es necesario hacer una balanza entre el riesgo y el beneficio. Debido al Screening establecido del cáncer de mama, es poco frecuente ver pacientes con cáncer localmente avanzado, de ahí la presentación del caso.

Caso clínico: Paciente de 57 años que acude a consulta de Unidad de Patología Mamaria por presentar gran masa excrecente en mama derecha de unos 10 meses de evolución, maloliente y supurativa, que en las últimas semanas ha presentado episodios de hemorragias autolimitadas, asociado a intenso dolor y prurito. Refiere haber notado nódulo sólido en unión de cuadrantes superiores de dicha mama desde septiembre de 2014, pero dados los antecedentes personales no había consultado nunca. A la exploración, tumoración maligna, excrecente y ulcerada, con sangrado activo que ocupa toda la mama derecha extendiéndose a la totalidad hemitórax derecho, y del dorsal ancho sobrepasando línea media.

Se realiza TAC de tórax y abdomen informado de neoformación que provoca engrosamiento cutáneo, infiltrando el pectoral mayor y menor, sin afectación ósea. Una adenopatía infraclavicular derecha de 10 mm y dos adenopatías axilares izquierdas de 10 y 15 mm. Sin evidencia de afectación a distancia de otros órganos.

En comité de tumores, se decide realización de mastectomía radical derecha para reducir sintomatología y aumentar su calidad de vida.

Bajo anestesia general se realiza extirpación en bloque de masa tumoral hasta piel macroscópicamente sana, incluyendo región medial mama izquierda, satelitosis peritumorales, pectoral mayor y menor y pericondrio medial. Vena subclavia con afectación tumoral que se respeta y adenopatías subclaviculares que se extirpan. Se obtienen injertos de piel de piernas para cerrar defecto.

En el postoperatorio la paciente evoluciona correctamente.



Figura 1
Primera consulta.



Figura 2
Quirófano.



Figura 3
Resultados.

Discusión: A pesar de la dificultad técnica y el tiempo de recuperación, la cirugía consigue una mejoría importante de la calidad de vida de la paciente. Además, la carga de enfermedad se disminuye de manera considerable.

CP006. COMPLEJO AREOLA-PEZÓN CON LEIOMIOMA.

A Alberca Páramo, JA Blanco Elena, T Robles Quesada, L Pico Sánchez

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: El leiomioma mamario es una tumoración benigna proveniente del músculo liso, muy infrecuente en dicha localización. Fue descrita por primera vez por Virchow en 1854. Suele aparecer en mujeres de 35-45 años de edad.

Caso clínico: Mujer de 43 años estudiada por prurito y eczema en areola izquierda sin antecedentes familiares de cáncer de mama. A la exploración física no se aprecian lesiones en las mamas ni adenopatías axilares. Se realizó una biopsia con punch. La anatomía patológica definió dicha lesión como leiomioma. Se realizó una ecografía mamaria de forma anual durante un periodo de 5 años, sin objetivar hallazgos significativos. Por lo que se decidió terminar el seguimiento de dicho proceso y proseguir posteriormente con el screening de cáncer de mama a partir de los 50 años, según el protocolo de la Comunidad Autónoma.

Discusión: El leiomioma es un tumor de pequeño tamaño(0,2-1,8 cm), bien circunscrito que se suele localizar en región subareolar, en relación a los músculos que rodean los conductos galactóforos. Puede manifestarse como un nódulo palpable de consistencia sólida y mal delimitada, similar a un fibroadenoma. El leiomioma del pezón consiste en haces entrelazados de fibras musculares lisas, con tejido intermedio nulo o mínimo. Elementos glandulares, necrosis, atipia nuclear o actividad mitótica están ausentes dentro de la lesión. Presentan alta tasa de recurrencia local que puede alcanzar hasta el 50%.

En la mamografía (lesión radioopaca en relación al tejido glandular) y ecografía (forma ovalada o elíptica ligeramente lobulados e hipoecogénicos con relación a la grasa con sombra acústica lateral que en ocasiones pueden ser móviles) presentan una apariencia benigna con bordes bien delimitados. La histología nos aporta el diagnóstico, aunque en ocasiones la biopsia percutánea plantea dificultades de diagnóstico al patólogo por lo que se requiere de una extirpación completa de la lesión para el diagnóstico definitivo. Normalmente con la tinción hematoxilina-eosina se suele alcanzar el diagnóstico, aunque las técnicas inmunohistoquímicas se usarán para descartar lesiones de otra estirpe.

El diagnóstico diferencial se realiza con lesiones mioepiteliales bien circunscrita, fibroadenomas y hamartomas, para lo cual usaremos técnicas de inmunohistoquímica y la relación de los componentes histológicos. Será importante descartar la atípica citológica, actividad mitótica y áreas de necrosis.

Estos tumores suelen ser tratados con resección quirúrgica o ablación con láser de CO₂ y tienen bajas tasas de recurrencia tras el tratamiento.

CP007. ENFERMEDAD DE PAGET PIGMENTADA: UN RETO DIAGNÓSTICO.

N Tapia Duran, FJ Fernández García, R Gómez Perez, E Corrales Valero, S Mansilla Diaz, M Ortega Castán

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La enfermedad de Paget de la mama es infrecuente (1-3% de los cánceres mamarios), aunque su diagnóstico histológico llega al 5% de las mastectomías realizadas. Su incidencia máxima es sobre los 50-60 años. Se presenta como lesiones eczematosas o ulceradas persistentes en el complejo areola-pezones, siendo la mayoría unilaterales.

Debemos hacer un diagnóstico diferencial con lesiones benignas y malignas tales como: dermatitis de contacto, carcinoma basocelular, melanoma, Enfermedad de Bowen, adenomas/leiomiomas de pezón...

En el 85-90% de los casos existe una neoplasia subyacente (in situ o invasiva) existiendo en la mitad de las ocasiones una masa palpable o alteración radiológica. Está más que demostrada la importancia de la RM en la búsqueda de un carcinoma oculto en la Enfermedad de Paget de la mama.

El tratamiento va a depender de la existencia o no de tumor subyacente siendo la cirugía y la radioterapia el gold standard de la E. de Paget sin nódulo asociado.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 75 años sin antecedentes familiares de neoplasia de mama ni ovario, derivada por lesión pigmentada a nivel del CAP izquierdo, que desdibuja el mismo, sin secreción ni nódulos palpables, con mamografía y ecografía BI-RADS 2 sin lesiones sospechosas.

Tras dermatoscopia, se realiza biopsia con resultado de infiltración epidérmica por células epiteliales con marcada atipia con Her2 negativo.

Se llevó a cabo exéresis completa de la lesión incluyendo el CAP y plastia, siendo el resultado definitivo compatible con enfermedad de Paget con extensión intraductal de células neoplásicas (CDIS grado intermedio)

Tras este resultado, se realizó RM para descartar Ca. Infiltrante subyacente, sin lesiones sospechosas. Tras tomar muestras del lecho con resultado de necrosis grasa, se presentó en comité oncológico decidiéndose seguimiento con mamografía y RM, descartándose radioterapia por ser menor de 5 mm.

Discusión: La Enfermedad de Paget pigmentada es una variante rara que puede confundirse con el melanoma. El examen físico y dermatoscópico no puede distinguirlas de manera fiable. Debemos



Figura 1

Enfermedad de Paget. Mama donde se aprecia lesión de aspecto melanocítico en complejo areola-pezones.

mantenernos alerta ante toda lesión sospechosa del pezón y realizar Punch o biopsia quirúrgica ante la más mínima sospecha para tener un diagnóstico diferencial basado en criterios histopatológicos e inmunohistoquímicos.

No olvidar realizar una búsqueda exhaustiva de neoplasias subyacentes, destacando el papel de la RM mamaria.

Tras revisar la literatura creemos que existen pocos estudios aleatorizados sobre el manejo terapéutico de esta enfermedad.

El pronóstico dependerá de la existencia de carcinoma infiltrante, el subtipo histológico y su estadiaje.

CP008. LINFOMA PRIMARIO EN TEJIDO MAMARIO.

I Cañas García, M Alcaide Lucena, MT Sánchez Barrón, P Torné Poyatos, S de Reyes Latartegui

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: Se presenta el caso de una paciente con sospecha de tumoración mamaria derecha que tras ser biopsiada confirma la presencia de un linfoma B marginal.

Caso clínico: Paciente de 58 años que se autodetecta nódulo de unos 2 cm en cuadrante súperoexterno de mama derecha de semanas de evolución, sin otros signos externos ni cuadro constitucional o quebrantamiento del estado general asociados. Se solicita mamografía (**Figura 1**) que informa de lesión BIRADS 4 subsidiaria de biopsia BAG.

En el informe anatomopatológico se evidencia proliferación linfoide atípica (CD45+) constituida por células que muestran positividad para marcadores B (CD20 y PAX 5), siendo igualmente positivas para CD43 y BCL-2 y negativas para ciclinas D1, CD10 y CD5 con un índice proliferativo Ki67 30%. Se establece el diagnóstico definitivo como Linfoma B marginal.

Tras presentar el caso en comité multidisciplinar se decide inicio de quimioterapia según esquema R- CHOP que se completa hasta el 3º ciclo.

Durante el seguimiento, se evidencia tumoración de rápido crecimiento en la mama contralateral, que tras nueva toma de biopsia y PET-TAC (Figura 2) se catalogan como metástasis, mostrando así una progresión de la enfermedad. El estudio se completa con una biopsia de médula ósea que confirma la enfermedad ósea metastásica.

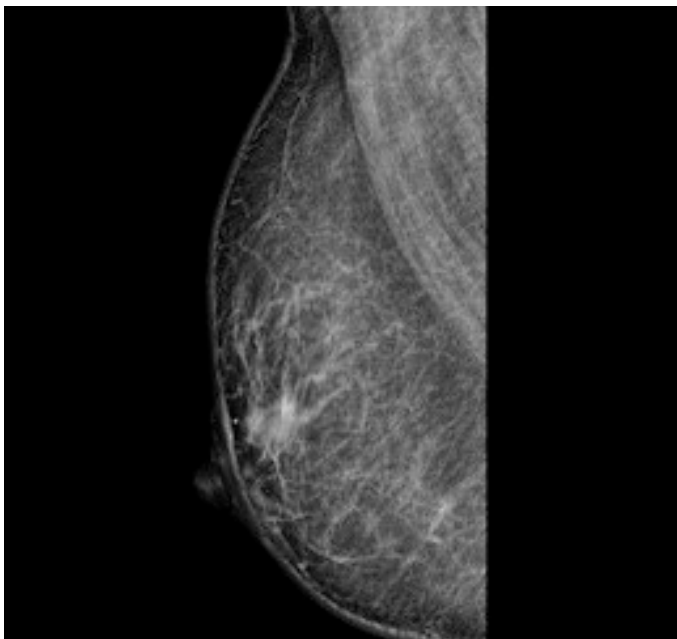


Figura 1

Mamografía donde se aprecia tumoración en cuadrante superoexterno (CSE) de mama derecha.

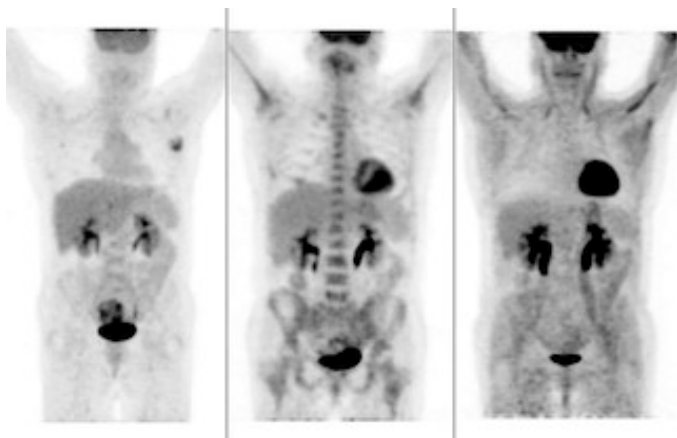


Figura 2

PET-TAC que confirma captación en mama contralateral.

Discusión: El linfoma primario de mama por definición está localizado en una o en las dos mamas sin afectación extramamaria. Es una entidad infrecuente, ya que constituye menos del 1% de los linfomas no Hodgkin y el 0,5% de todos los tumores mamarios. La edad de presentación se sitúa en torno a los 68 años, y se caracteriza por la ausencia de "síntomas B. La presentación en estadios iniciales ocurre más frecuentemente que la enfermedad avanzada de inicio.

Existe cierta controversia a la hora de determinar la presencia o no de enfermedad metastásica en casos de bilateralidad, ya que se presenta hasta en el 8% de los casos.

El grupo Internacional para el Estudio de Linfomas Extranodales concluye que la evolución de los pacientes con linfoma B marginal mamario suele ser más larvada en comparación con linfomas extranodales de otras localizaciones. El pronóstico asociado a los linfomas primarios de tejido mamario es bueno, alcanzando supervivencias en torno al 90% con las terapias actuales, tanto sistémicas como locales. Es por tanto la quimioterapia basada en esquemas que incluyen Rituximab, asociada o no al control local con radioterapia, el tratamiento de elección actual, dejando en un segundo plano la cirugía.

CP009. MASTECTOMÍA CON BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA CON ANESTESIA LOCORREGIONAL EN PACIENTE CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO.

AC Pontes García¹, M Gómez Infante¹, P Rioja Torres¹, FJ Briceño Delgado²

¹UGC Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba. ²UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba

Introducción: El alto el riesgo quirúrgico que presentan ciertos pacientes es un factor limitante en todas las intervenciones que requieren una anestesia general. Para determinar el riesgo anestésico se debe evaluar el estado físico, la presencia de condiciones médicas concomitantes y el tipo de cirugía propuesta. Además, analizar el impacto en la función cardiovascular durante el acto anestésico y de los agentes farmacológicos a utilizar, considerando la existencia de posible compromiso de órganos vitales y sobretodo en la función hemodinámica durante la anestesia.

En muchos casos, obliga a descartar intervenciones pero con un impacto importante en la salud del paciente. En estos casos, la anestesia locorregional juega un papel importante, ya que mediante el uso de anestésicos locales podemos provocar un bloqueo reversible en la conducción del impulso nervioso.

De este modo, estas técnicas permiten realizar una intervención quirúrgica sin necesidad de inducción e aislamiento de vía aérea, evitando las complicaciones que supone la anestesia general y, así mismo, asegurar una analgesia postoperatoria de calidad, que facilita la recuperación de los pacientes.

Caso clínico: Mujer de 54 años con antecedente de esclerodermia sistémica, con disfunción esofágica, neumopatía intersticial de

rápida progresión con oxigenoterapia 24 horas y disfunción grave de ventrículo derecho. Desestimada para trasplante pulmonar.

En mamografía de screening presenta nódulo de 1,6 cm en cuadrante supero-externo de mama izquierda con nódulo satélite de 0,5 cm a 2,5 cm (área total 3x2 cm). En la ecografía se identifican 3 adenopatías inespecíficas. Se realiza biopsia, con resultado de cáncer lobulillar infiltrante en ambos nódulos y ausencia de metástasis en adenopatías.

En la evaluación preanestésica puntuación ASA de IV. Dado el elevado riesgo, en Comité de Tumores de Mama se decide realización de mastectomía izquierda con biopsia selectiva de ganglio centinela bajo anestesia locorregional.

Se realiza bloqueo paravertebral asociado a anestesia local para realización de cirugía programada, sin presentar dolor durante el procedimiento. Postoperatorio sin complicaciones, con buen control de dolor con analgesia habitual.



Figura 1

Bloqueo locorregional.

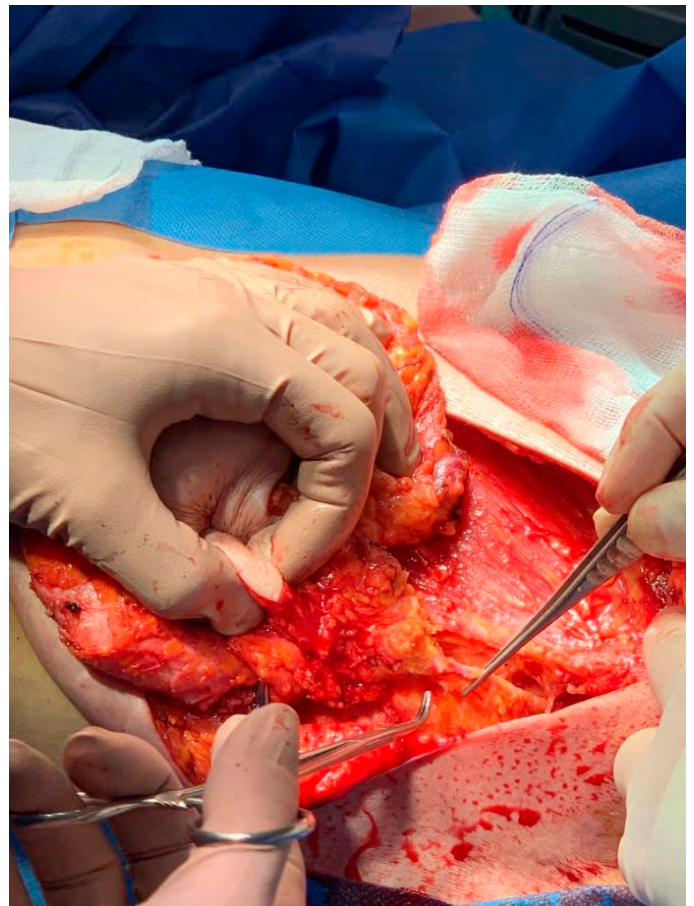


Figura 2

Mastectomía.

nuestro caso, la paciente es sometida a la cirugía, evitando la anestesia general y sus posibles complicaciones, que agravarían su patología de base.

CP010. TÉCNICA DE SPIRA CON EXPANSOR RETROMUSCULAR EN CÁNCER DE MAMA. COMPLICACIONES DE LA TÉCNICA Y PREVENCIÓN DE LAS MISMAS MEDIANTE EL ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO.

IM Muñoz Núñez¹, M Maes Carballo², JJ Pereira Grillo¹, S Calzado Baeza¹

¹Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense

Introducción: La técnica de Spira consiste en una mastectomía ahoradora de piel que permite la reconstrucción inmediata con expansor o prótesis retromuscular. Es una cirugía compleja y presenta riesgo de complicaciones, como necrosis cutánea, necrosis grasa, etc. El principal objetivo de esta comunicación es ilustrar dichas complicaciones a partir del análisis de un caso clínico.

Caso clínico: Paciente de 43 años que presenta un nódulo mamario 8cm con crecimiento reciente por lo que se decide realizar exéresis. La anatomía patológica evidenció un tumor filodes maligno con patrón de sarcoma. Los bordes de resección se informaron como afectos, por lo que se realizó mastectomía y reconstrucción inmediata con expansor retromuscular mediante técnica de Spira.

La evolución postoperatoria transcurrió sin incidencias. Tras el alta, la paciente presentó exudado de la herida quirúrgica (T invertida de colgajos cutáneos) y zona de epidermiolisis de menos de 1cm de diámetro en la misma zona. En el cultivo de dicho exudado no se evidenció crecimiento de microorganismos. Se colocó dispositivo de terapia de presión negativa (TPN) en la herida, con disminución importante del exudado hasta su retirada una semana después. Actualmente la paciente presenta herida con buena cicatrización y ha completado tratamiento con Quimioterapia y Radioterapia adyuvante. Se encuentra en espera de recambio de expansor retromuscular por prótesis definitiva.

Discusión: De todas las complicaciones, el sangrado se vigila mediante un drenaje retromuscular en lecho quirúrgico. Las infecciones son raras y suelen aparecer a los 7 días, siendo los microorganismos de las glándulas sudoríparas del colgajo de piel desepitelizada. El seroma en el lecho, si modifica el aspecto de la mama, se plantea su drenaje ecoguiado.

En cuanto a la necrosis cutánea aparece en zonas de menor vascularización como la T invertida en los colgajos dérmicos. No siempre hay que retirar el expansor, porque se encuentra protegido por una cobertura de músculo y colgajo de piel. Para evitarla, hay que evitar la tensión de la piel en el llenado del expansor.

En relación con la necrosis grasa, suele ocurrir en zonas de vascularización más precaria. Se evidencia un líquido aceitoso, que puede llegar a confundirse con exudado purulento.

La aplicación de terapia de presión negativa sobre la herida quirúrgica, acelera la cicatrización y favorece la vascularización, ayudando a una pronta recuperación de la paciente. Se ha demostrado que su uso profiláctico en cirugía mamaria asocia menos complicaciones quirúrgicas, por lo que habría que plantearse su uso de forma sistemática.

CP011. TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE LA MAMA

MS Álvarez Escribano¹, FJ Fernández García¹, A Ortega Martínez¹, S Mansilla Díaz¹, AI Álvarez Mancha²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Departamento Anatomía Patológica. Xanit Hospital Internacional, Benalmádena

Introducción: El tumor fibroso solitario (TFS) es una neoplasia poco frecuente de origen mesenquimal compuesta por células fusiformes con forma ovoide dispuestas de manera aleatoria dentro de las fibras de colágeno. Está incluida en el grupo de tumores de células fusiformes, que representan menos del 1% de los tumores mamarios. Generalmente se origina en las superficies mesoteliales,

principalmente la pleura, pero se han descrito casos en casi todas las localizaciones del organismo. El TFS de la mama es extremadamente raro y su caracterización precisa puede representar un desafío, debido a la considerable superposición morfológica con otras lesiones.

Caso clínico: Paciente varón de 78 años hipertenso y con antecedente de EPOC, es derivado por un nódulo en la mama izquierda, diagnosticado como hallazgo incidental en un TAC de tórax. Se encuentra asintomático y la exploración es anodina. En ecografía: nódulo retroareolar de un centímetro en mama izquierda. Se realiza biopsia con aguja gruesa, que informa de lesión fusiforme mesenquimal benigna. Se plantea tratamiento quirúrgico con fines tanto diagnósticos como terapéuticos. Se realiza exéresis quirúrgica de la lesión. Con técnicas inmunohistoquímicas se evidencia positividad para CD34 y BCL-2, con el índice de proliferación celular Ki67 del 1%; siendo negativa para actina, desmina, β-catenina, CD68, S100 y CD31. El diagnóstico definitivo es de tumor fibroso solitario benigno.

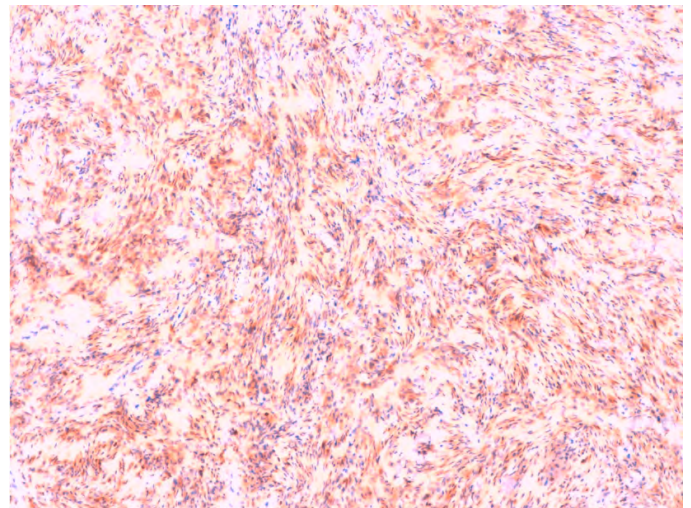


Figura 1
BCL-2 POSITIVO.

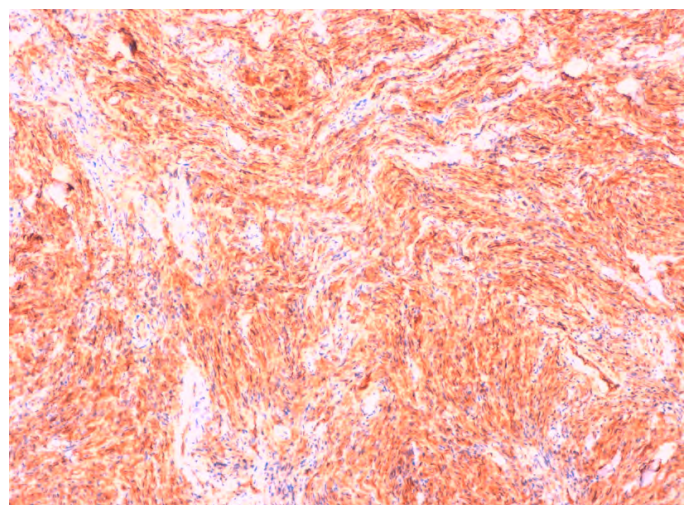


Figura 2
CD34 POSITIVO.

Discusión: Los TFS de la mama pueden suponer un desafío diagnóstico debido a la considerable superposición en las características morfológicas con otras lesiones mesenquimales. Los hallazgos radiológicos del TFS de la mama no son patognomónicos y por tanto un estudio inmunohistoquímico detallado es esencial. La mayoría de los TFS se caracterizan por tener difusa positividad para CD34, CD99 y BCL-2; y negatividad para actina y desmina entre otros. Algunos autores recomiendan el uso del marcador STAT-6, que presenta alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de TFS.

El tratamiento de elección consiste en la resección quirúrgica con márgenes libres. Actualmente no existe evidencia de que la quimioterapia o radioterapia sean efectivas. La mayoría de los TFS de la mama presentan un curso relativamente indolente, sin embargo, en algunos casos el comportamiento clínico puede ser impredecible. Debido a la posibilidad de recurrencias y metástasis tardías, se recomienda seguimiento a largo plazo.

El interés del caso actual se basa en su rareza y en las dificultades para lograr el diagnóstico exacto. Se considera necesario el reporte de más casos como éste que nos permitan conocer mejor el comportamiento de esta entidad.

CP012. ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A MASA PELVICA

M Pérez Reyes, JD Turiño Luque, MC Montiel Casado, I Mirón Fernández, P Fernández Galeano, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal(GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo.

Caso clínico: Paciente de 73 años con antecedentes de HTA, hipertrigliceridemia y cardiopatía hipertensiva. Acude a urgencias por dolor abdominal crónico, intensificado los últimos 5 días asociado a náuseas y vómitos. Presenta regular estado general. El abdomen era doloroso de forma generalizada con irritación peritoneal en mesogastrio.

La analítica destacaba 20600leucocitos/ μ L, PCR 524mg/L y deterioro de la función renal. El TAC abdominal mostraba una masa en yeyuno, en relación con anejo izquierdo, neumoperitoneo y líquido libre. Hallazgos que planteaban como posibilidades diagnósticas neoplasia versus plastrón (**Figura 1a**).

Se decidió cirugía urgente mediante laparotomía. Se observó peritonitis biliar generalizada evolucionada, una gran masa dependiente de trompa izquierda que infiltraba un segmento de intestino delgado <1cm(**Figura 1b**). Se realizó resección intestinal atípica, salpingooforectomía izquierda y lavado. El postoperatorio evolucionó inicialmente de forma tórpida con necesidad de ingreso en UCI 14 días por shock séptico. La evolución en planta fue satisfactoria, siendo alta el día 26 de ingreso.

El resultado anatomopatológico fue: GIST intestinal bien delimitado que infiltraba la pared del intestino delgado perforándola y la porción distal de la trompa uterina. Inmunohistoquímica: C-KIT(+), Ki67<5%. Recuento mitótico <5 copias.

Se presentó en comité oncológico y dado el tamaño, localización y forma de debut se decidió tratamiento con imatinib.

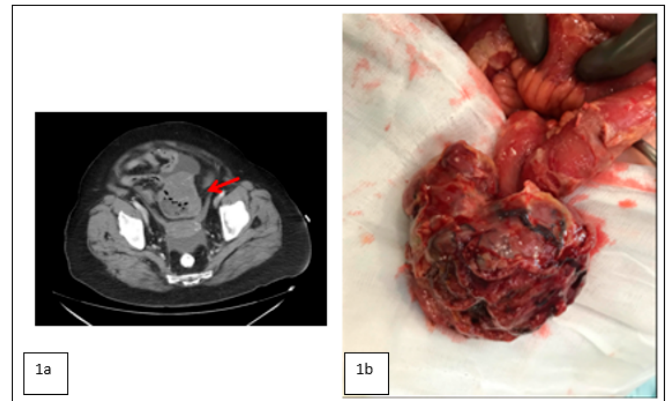


Fig.1a TAC abdominal: masa en yeyuno, burbujas de neumoperitoneo y líquido libre

Fig. 1b Imagen intraoperatoria: gran masa dependiente de trompa izquierda que infiltra un segmento de intestino delgado

Figura 1

Figura 1a TAC abdominal: masa en yeyuno, burbujas de neumoperitoneo y líquido libre Figura 1b Imagen intraoperatoria: gran masa dependiente de trompa izquierda que infiltra un segmento de intestino delgado.

Discusión: El origen de los GIST es una mutación genética que induce la activación de un receptor con actividad tirosina quinasa(KIT). La localización más frecuente es el estómago. La mayoría son asintomáticos al inicio. En el caso de ruptura tumoral presentan abdomen agudo. Hay descritos casos con masa ginecológica al debut.

La clasificación se basa en tamaño, índice mitótico y localización. La ruptura tumoral se considera como micrometástasis peritoneales.

El tratamiento estándar de GIST localizados es la escisión quirúrgica. Si existe riesgo de recaída se recomienda imatinib.

CP013. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE BILIOPERITONEO MASIVO POR TRAUMATISMO HEPÁTICO CERRADO

A Fierro Aguilar, J Varela Recio, S Cerrato Delgado, A Maestu Fonseca, MD Casado Maestre, MJ Castro Santiago, A Valverde Martínez, JM Pacheco García

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: Las lesiones de la vía biliar intrahepática tras traumatismo cerrado son poco frecuentes y requieren un alto índice de sospecha, por lo que generalmente producen un aumento importante de la morbimorbilidad así como de la estancia hospitalaria.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de un paciente varón de 40 años que sufre impacto directo por motocicleta. Acude a urgencias a los 6 días por empeoramiento de dolor costal y abdominal que no mejora con analgesia. El TAC toracoabdominal muestra atelectasias bibasales posteriores y derrame pleural derecho, así como laceración hepática en segmentos VI, VII y VIII (hematoma intraparenquimatoso grado 3) con marcado líquido peritoneal libre a nivel subfrénico, periesplénico y perihepático asociado a hemoperitoneo. El paciente queda ingresado para observación, repitiéndose el TAC a las 48 horas sin evidenciarse clara progresión de las lesiones. Durante su estancia, tras dos semanas de monitorización con estabilidad hemodinámica y sediciones analíticas, el paciente persiste con distensión abdominal, elevación de reactantes de fase aguda y febrícula termometrada mantenida. Por todo ello, se decide repetir TAC abdominal que muestra mayor cantidad de líquido libre peritoneal con mayor densidad sobretodo a nivel perihepático, descartándose sangrado activo.



Figura 1
TAC abdominal axial.

Ante los hallazgos, se decide laparoscopia exploradora, en la que evidenció gran cantidad de líquido serobiliar que provenía del espacio subfrénico derecho. Se realizó la disección de este espacio hasta evidenciar salida de bilis franca de segmentos VII y VIII sin evidenciarse un punto claro de fuga biliar por el importante cuadro inflamatorio del paciente. Se realizó un lavado exhaustivo de la cavidad abdominal y se colocaron drenajes en espacio subfrénico derecho y en Douglas. Tras la intervención, el paciente se recuperó favorablemente, con mejoría clínica, analítica y radiológica que permiten el alta hospitalaria al doceavo día postoperatorio.

Discusión: El traumatismo hepático cerrado puede ser manejado de forma conservadora con evolución favorable, si bien pueden aparecer complicaciones como los bilomas que pueden desembocar en un cuadro de peritonitis biliar que perpetúe el deterioro del paciente durante la hospitalización. La reevaluación continua del estado general del paciente, así como su tórpida evolución hicieron sospechar complicación del cuadro que desembocó en la necesidad de intervención quirúrgica exploradora para filiar etiología. Las complicaciones biliares por traumatismo hepático tienen una incidencia muy baja (en torno al 2%), y su diagnóstico requiere un alto



Figura 2
TAC abdominal coronal.



Figura 3
Resolución.

índice de sospecha que permita un abordaje temprano del cuadro mejorando la morbimortalidad del paciente.

CP014. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN AGUDA DE INTESTINO DELGADO.

R Gómez Pérez, L Lobato Bancalero, C Monje Salazar, MS Alvarez Escribano

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La obstrucción aguda de intestino delgado es una de las causas más frecuentes de urgencias de cirugía general. El 76% de las obstrucciones son de intestino delgado; habitualmente por adherencias postoperatorias o bridas (60-80%), hernias internas, cuerpo extraño, bezoares, hernias de pared, íleo biliar o intususcepción. Del 5- 30% pueden precisar cirugía urgente por mala evolución o sospecha de isquemia. Existe mucha literatura que apoya el uso del abordaje laparoscópico como primera elección para el tratamiento de las mismas.

Caso clínico: Caso 1: Varón de 76 años que acude por vómitos y disnea con TC con dilatación de asas de delgado con cambio de calibre brusco a nivel de íleon terminal. Se realizó laparoscopia exploradora con liberación de brida firme a nivel de FII y revisión cavidad.

Caso 2: Varón de 77 años intervenido de nefroureterectomía laparoscópica derecha por carcinoma urotelial (pT2N0). Acude por estreñimiento y dolor abdominal de 5 días de evolución. En TC se objetiva obstrucción intestinal con arremolinamiento de asas ileales en lecho de nefrectomía derecha compatible con hernia interna. Tras liberación de brida de epiplón mayor vía laparoscópica el íleon implicado no era viable por lo que se resecó y confeccionó anastomosis L-L.

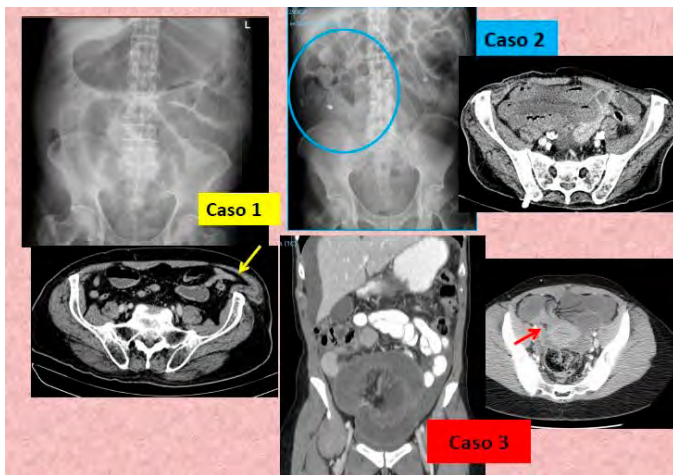


Figura 1

Obstrucción de intestino delgado. Caso 1: Brida a nivel de íleon terminal. Caso 2: Asas de delgado ocupando el espacio de la nefrectomía. Caso 3: Adherencia de útero hacia fosa iliaca derecha.

Caso 3: Mujer de 42 años intervenida de endometriosis y cesárea que acude por obstrucción de 3 días, con cambio de calibre claro secundario a adherencia firme desde útero hacia FID; produciendo vólvulo de delgado con líquido libre. Se realizó laparoscopia exploradora, liberación de brida con tijera y objetivando asa isquémica que no recuperó viabilidad por lo que se exteriorizó dicha

asa ampliando el puerto umbilical, con resección y anastomosis primaria.

Resultados: Los pacientes fueron dados de alta sin complicaciones mayores, con buena tolerancia oral y tránsito, estancia postoperatoria media de 8 días (rango de 6-12 días el paciente 2 por IRC reagudizada e infección de herida quirúrgica Clavien Dindo I).

Discusión: La cirugía laparoscópica es de elección en el abordaje de la obstrucción aguda de intestino delgado en casos seleccionados. Debe ser realizada por cirujanos con experiencia laparoscópica, realizar el neumoperitoneo bajo visión directa, lejos de incisiones previas, con Hasson o trocar de balón, óptica de 30º y pinzas atraumáticas intentando manipular cuidadosamente las asas dilatadas buscando la obstrucción desde las asas colapsadas de forma retrógrada, y ayudándonos de los cambios de posición. A pesar que en dos de los casos precisaron minilaparotomía de asistencia para la resección los pacientes se beneficiaron de la laparoscopia con menor dolor e íleo postoperatorios, menores adherencias futuras, menor tiempo de ingreso y costes.

CP015. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN EL MANEJO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR BRIDAS. EXPERIENCIA EN CENTRO DE TERCER NIVEL.

L Sobrino Brenes, M Retamar Gentil, B Marengo de la Cuadra, M Infantes Ormad, J Reguera Rosal, M López-Cantarero García-Cervantes, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: La obstrucción intestinal por bridas es uno de los diagnósticos quirúrgicos más frecuentes en urgencias, hasta el 93% de los pacientes con laparotomía la presentarán a lo largo de su vida, con una tasa de éxito con manejo conservador del 70-90%. La literatura avala el manejo laparoscópico en casos seleccionados: sospecha de brida única, menos de una laparotomía previa, ausencia de signos de sufrimiento intestinal y menos de 24 horas de evolución. El objetivo de este trabajo es exponer nuestra experiencia en el tratamiento mínimamente invasivo de la obstrucción intestinal por bridas.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional desde junio de 2015 a enero de 2020, se incluyen los pacientes (n=35) intervenidos vía laparoscópica con sospecha de obstrucción intestinal por bridas. En todos los casos se realizó TC de abdomen al ingreso y se indicó manejo quirúrgico siguiendo las recomendaciones de la guía Bologna.

Resultados: Obtuvimos un total de 35 pacientes tratados mediante esta técnica, con una edad media de 64 años, siendo 22 mujeres (62%) y 13 hombres (38%). En todos los casos se informa la TC como sospecha de obstrucción intestinal por brida. La tasa de conversión fue del 22,8% (n= 8, de los cuales 7 requirieron resección y anastomosis, y uno sutura simple de perforaciones); en 2 casos la conversión fue debida a dificultades técnicas para completar la cirugía por vía laparoscópica. Siete pacientes se intervinieron pasadas 72

horas del inicio de la clínica, de los cuales el 42% requirió conversión. La tasa de conversión en los intervenidos entre las 24 y las 72 horas de evolución es del 17,8%. La tasa de complicaciones fue del 37% (n= 13, 2 perforaciones intestinales que requirieron reintervención, 2 abscesos intraabdominales, 2 íleos paréticos y 1 fuga anastomótica). La estancia media fue de 5,6 días. Se registraron tres recidivas de obstrucción en un periodo de seguimiento de 6 meses.

Conclusiones: El tratamiento laparoscópico de la obstrucción intestinal por bridas se presenta como alternativa segura y eficaz a la laparotomía. Para obtener un buen resultado es fundamental hacer una adecuada selección de los pacientes, siendo recomendable según nuestros resultados en aquellos con menos de 72 horas de evolución, con sospecha de brida en la TC y sin signos de sufrimiento intestinal en las pruebas complementarias. Durante la intervención, se debe explorar todo el intestino evitando manipular las asas más dilatadas para prevenir complicaciones, y saber detectar aquellas situaciones que podrían beneficiarse de la conversión a laparotomía.

CP016. ABSCESO CERVICAL Y TORÁCICO GIGANTE TRAS EXTRACCIÓN DENTARIA

B García García, E Buendía Peña, S Álvarez Escribano, S Mansilla Díaz, N Tapia Durán, R de Luna Díaz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Un absceso cervical es la acumulación de pus en los espacios que se encuentran entre las estructuras del cuello. A medida que la cantidad de pus aumenta comprime las estructuras adyacentes, incluso en los casos extremos, la tráquea.

Caso clínico: Mujer de 67 años, diabética e hipertensa que acude a urgencias por fiebre y cervicalgia de una semana de evolución. Refiere manipulación dentaria hace un mes. A la exploración presenta tumoración cervical derecha que le dificulta elevar el brazo, sin signos de infección. Se realiza AS con leucocitosis y PCR elevada; y TAC de cabeza y cuello sugestivo de miositis a nivel del ECM derecho.

Ante los hallazgos, se decide ingreso con antibioterapia intravenosa empírica (piperacilina-tazobactam y daptomicina). Se realiza ECO de control a los 5 días visualizando colección de 6.8cm en el espesor del ECM derecho. Se completa estudio con TAC de cuello observando gran colección de 15cm abscesificada con burbujas aéreas en el vientre del ECM derecho afectando a la articulación esternoclavicular y extendiéndose caudalmente a nivel intratorácico. Se aprecia además otra colección de 6cm en la inserción del pectoral menor. Se realiza drenaje quirúrgico junto con ORL mediante dos abordajes (a nivel cervical y torácico), saliendo gran cantidad de contenido purulento. Se realiza lavado abundante de cavidad y se toma muestra para cultivo. Se deja drenaje. Buena evolución en planta. TAC de control a los 5 días con disminución importante de ambas colecciones. Se retira drenaje y se realiza desescalada de antibioterapia iv. Fue dada de alta a los 25 días (se alarga estancia por hipertensión no controlada). Cultivos negativos.

Discusión: La mayoría de las infecciones profundas del cuello tienen su etiología en infecciones bacterianas o víricas de cabeza, cuello u oído (amigdalitis, resfriados, otitis...). En adultos, otro origen suele ser la mala higiene bucal. Los síntomas más comunes suelen ser fiebre, malestar, tumoración y signos de infección en la zona.

El diagnóstico se realiza mediante ECO/TAC de la zona dañada. Su tratamiento suele ser quirúrgico mediante drenaje junto con antibioterapia intravenosa, dirigida según el resultado de las muestras de cultivo, siendo lo más frecuente encontrar una flora mixta. La evolución suele ser favorable, aunque en un 5% de los casos acaba en mediastinitis (sobre todo, en pacientes inmunodeprimidos).

CP017. ABSCESO LUMBAR POR CLIP QUIRÚRGICO TRAS COLECISTECTOMÍA

EA Buendía Peña, B García García, JL Cuba Castro, NS Ávila García, S Mansilla Díaz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La colecistectomía laparoscópica, es la técnica de elección para la colelitiasis sintomática, siendo la técnica laparoscópica más realizada.

La caída de clips quirúrgicos a la cavidad peritoneal no es un hecho infrecuente, sucediendo habitualmente durante la manipulación del instrumental endoclipador. Cuando se aprecian intraoperatoriamente, suelen retirarse sin dificultad, pero en otras ocasiones, pueden pasar inadvertidos y permanecer en la cavidad. Por otro lado, los clips en el conducto cístico y arteria cística, pueden desplazarse o deslizarse. Actualmente no hay estudios de calidad que permitan conocer la incidencia de desplazamientos o caídas de clips quirúrgicos y las consecuencias asociadas.

Caso clínico: Varón de 65 años, antecedentes médicos de hipertensión y diabetes mellitus, antecedente quirúrgico de colecistectomía laparoscópica hace 20 meses. Acude a urgencias, por tumoración dolorosa lumbar derecha de 4 días, con fiebre. A la exploración, tumoración lumbar derecha dolorosa de 15 cm, impactada, caliente, enrojecida. (**Figura 1**).

Se extrae analítica de sangre, destacando leucocitosis de 12540 cels/mm³, a expensas de neutrófilos (82%), PCR de 77 mg/l, sin otras alteraciones significativas. Se solicita TC de abdomen con contraste, con hallazgos de colección en pared abdominal posterolateral derecha de 4.1x12x8,8 cm, con afectación de músculo cuadrado lumbar y musculatura de pared lateral. En el seno de ésta se aprecia sutura metálica. Dicha colección se extiende hacia espacio pararenal posterior derecho y espacio hepatorenal donde existe otra sutura metálica. (**Figura 2**).

Se decide intervención urgente, se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo y se realiza drenaje, mediante incisión transversa por encima de pala iliaca derecha, disección de plano muscular y entrada en cavidad abscesificada, con salida de abundante contenido



Figura 1

Exploración en quirófano.



Figura 2

Imagen de TC de abdomen.

purulento, lavado con suero betadinado y colocación de drenaje no aspirativo, cierre parcial de herida para continuar con curas.

Alta hospitalaria a los 4 días, con mejoría clínica y analítica. En cultivos tomados durante intervención, crecimiento de E. Coli multisensible.

Finalmente, paciente es revisado en consulta al mes, herida parcialmente cerrada, limpia y sin exudado, se decide en sala de curas, bajo anestesia local, cierre de herida sin incidencias posteriores.

Discusión: Las complicaciones por material quirúrgico laparoscópico en la colecistectomía son poco frecuentes. No existe evidencia actual recogida sobre la incidencia de las mismas.

Se recomienda una cuidadosa técnica quirúrgica para prevenir la caída de clips al peritoneo, retirarlos lo antes posible evitando olvidos o que se pierdan en la cavidad peritoneal. Es recomendable

anotar en la hoja quirúrgica si se ha abandonado algún clip quirúrgico para orientar el diagnóstico de posibles complicaciones futuras.

CP018. ADENOMA SERRADO SÉSIL EN APÉNDICE CECAL COMO CAUSA DE APENDICITIS AGUDA

M Alcaide Lucena, T Gallart Aragón, J Ramos Sanfiel, A Ubiña Martínez, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: Los adenomas serrados localizados en el apéndice cecal son poco frecuentes, y pueden ser causa de apendicitis aguda. Presentamos el caso de un paciente con plastrón apendicular evolucionado resuelto con tratamiento antibiótico e intervención quirúrgica diferida a los 4 meses, con informe de la pieza quirúrgica de adenoma serrado sin displasia

Caso clínico: Varón de 53 años sin antecedentes de interés que ingresa por dolor abdominal y fiebre de 15 días. El TAC informa de apendicitis aguda evolucionada con plastrón inflamatorio periapendicular y cambios inflamatorios en ciego, colon ascendente e íleon terminal. Por los hallazgos del TAC y el tiempo de evolución se realiza tratamiento antibiótico con buena evolución, siendo dado de alta a los 8 días, con TAC de control que informa la resolución casi completa del cuadro. Se solicita colonoscopia sin hallazgos de interés y base apendicular normal. Se programa la intervención quirúrgica a las 8 semanas, que nos vemos obligados a posponer por la pandemia por COVID-19, siendo intervenido finalmente a los 4 meses.

Se realiza apendicectomía laparoscópica con apéndice cecal retrocecal sin signos de apendicitis aguda, aunque con calibre levemente aumentado. Dado de alta el primer día postoperatorio. El informe de Anatomía Patológica manifiesta adenoma serrado sésil sin signos de displasia grave en apéndice cecal y ausencia de proceso inflamatorio.

Discusión: Los adenomas serrados son lesiones planas o sobreelevadas similares a la mucosa más frecuente localizadas en el colon derecho. Su ubicación en el apéndice cecal es infrecuente, siendo en la mayoría de los casos un hallazgo incidental. La mayoría se presenta de forma asintomática, aunque cuando presentan síntomas, su clínica habitual es dolor en fosa ilíaca derecha característico de una apendicitis aguda, ya que debido a su localización pueden provocar obstrucción de la luz apendicular, con compromiso vascular y éstasis venoso. Otros síntomas que pueden presentarse, aunque menos frecuentes, son el sangrado, la anemia crónica, la invaginación o la obstrucción intestinal.

Su presencia puede asociarse a síndromes de poliposis familiar o cáncer de colon, siendo lesiones precursoras responsables del 20-30% del cáncer colorrectal. La indicación quirúrgica es la extirpación completa que se consigue con la apendicectomía si no hay invasión del colon.

Su hallazgo en un episodio de apendicitis aguda nos recuerda la importancia de la revisión rutinaria del informe de anatomía patológica.

CP019. APENDICITIS AGUDA POR PARÁSITOS

N Tapia Duran, EA Buendía Pena, E Sanchiz Cárdenas, MS Álvarez Escribano, M Ortega Castán

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La enterobiosis está causada por el nemátodo (helminto redondeado) *Enterobius vermicularis* (comúnmente conocido por "oxiuro") por un mecanismo de contagio fecal-oral tras la ingestión de huevos, eclosión y migración larvaria hasta el ciego y zonas adyacentes donde se transforman en adultos.

Se trata de una infestación cosmopolita relacionada con las condiciones socio-económicas poblacionales con posible relación con la atopía. Es más prevalente en niños sin diferencias de género significativas.

Generalmente es asintomática y, de haber síntomas, el más frecuente sería el prurito anal, sin embargo, la infestación por parásitos es una posible causa (aunque infrecuente y controvertida) de apendicitis aguda.

Se considera apendicitis parasitaria a la presencia de huevos/parásitos en la luz/pared apendicular, aislándose oxiuros en las piezas resecaadas entre un 0,6-13% a nivel mundial.

Caso clínico: Mujer de 29 años, asmática y portadora de DIU, que acude a urgencias por epigastria irradiada a flanco/fosa iliaca derecha (FID) de menos de 24h de evolución asociado a fiebre (39°C) y náuseas sin vómitos. Refiere cuadro diarreico en días previos y presenta leucocitosis con neutrofilia (sin eosinofilia asociada).

Se realiza ecografía que no identifica apéndice, por lo que se realiza TC-pélvico sin contraste, hallando éste con trayecto ascendente y aumento de calibre en su punta sin rarefacción grasa circundante y con adenopatías en FID.

Tras estos hallazgos, se decide observación evolutiva de inicio, sin embargo, ante el empeoramiento clínico-analítico se decide realización de laparoscopia exploradora.



Figura 1

TC Abdominal apendicitis.

Se aprecia apendicitis aguda flemonosa en punta sin líquido libre asociado por lo que se realiza apendicectomía reglada. Se objetivó además leve hiperemia anexial derecha probablemente reactiva.

La anatomía patológica describió una apendicitis aguda con numerosos eosinófilos en pared y presencia de fragmentos parasitarios compatibles con oxiuros en la luz apendicular.

Tras 48h de hospitalización se decide alta, con tratamiento posterior con Mebendazol.

Discusión: La infestación por *E.vermicularis* puede simular una clínica compatible con apendicitis aguda principalmente en niños y deberá ser considerada en todas las edades y países pese a su infrecuencia.

Se trata de una parasitosis que afecta a más áreas anatómicas además del apéndice por lo que la apendicectomía es insuficiente. Será necesario tratamiento con antiparasitarios.

El estudio anatómico-patológico apendicular sistematizado ha demostrado la presencia incidental de parásitos en algunas apendicectomías, siendo el *E.vermicularis* el más prevalente.

En caso de infestación helmíntica gastrointestinal, la apendicectomía laparotómica se considera más segura que la laparoscópica (que puede conllevar mayor riesgo de colonización intraperitoneal).

CP020. APENDICITIS GRANULOMATOSA COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

G Cabello Calle, AP Martínez Domínguez, M Alcaide Lucena, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: La apendicitis granulomatosa es una entidad poco frecuente, que puede tener una etiología infecciosa o no infecciosa, y que, en la mayoría de los casos, se presenta como un cuadro de apendicitis aguda. Representa menos del 2% de las apendicectomías realizadas. Presentamos el caso de un paciente con apendicitis aguda granulomatosa tratada en nuestro centro.

Caso clínico: Paciente varón de 36 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias por dolor abdominal de unas 24 horas de evolución localizado a nivel de fosa iliaca derecha. A la exploración dolor a la palpación a nivel de flanco y fosa iliaca derecha con signo de Blumberg positivo. Analíticamente destaca un leve aumento de reactantes de fase aguda. Ecográficamente se aprecia apéndice vermiforme con trayecto medial y ascendente, que presenta calibre aumentado (12 mm en su tercio medial/distal). Asocia moderado aumento de densidad de la grasa periapendicular y numerosos ganglios de aspecto reactivo en FID.

Ante la sospecha de apendicitis aguda se decide realizar apendicectomía abierta que cursa sin incidencias. El paciente evoluciona de forma favorable en el postoperatorio siendo dado de alta a los 2 días. El informe anatomopatológico definitivo informa de apendicitis granulomatosa supurativa.

Discusión: La apendicitis granulomatosa es una causa infrecuente de abdomen agudo con una frecuencia inferior al 2% de las apendicectomías. Su etiología puede ser infecciosa (*Yersinia*, *Mycobacterium tuberculosis*, *Enterobius Vermicularis* y *Actinomicces*) o no infecciosa (sarcoidosis, tumores, diverticulitis o enfermedad de Crohn). Hasta el 5 y el 10% de los pacientes con una apendicitis granulomatosa pueden desarrollar una enfermedad de Crohn, por lo que se recomienda un seguimiento estrecho.

La manifestación más frecuente es que curse como un cuadro de apendicitis aguda, aunque con un curso más larvado de una apendicitis común. Las pruebas de laboratorio aportan pocos datos y la serología específica debe realizarse al comienzo del cuadro, ya que se negativiza precozmente tras la apendicectomía. El diagnóstico por técnicas de imagen no muestra características específicas y la ecografía abdominal puede ser similar a una apendicitis aguda normal. La TC puede mostrar un apéndice engrosado y también un aumento de la densidad de los tejidos blandos circundantes.

El tratamiento quirúrgico de la apendicitis granulomatosa es curativo. Sin embargo, es recomendable realizar un seguimiento de estos pacientes ante la posibilidad de desarrollar una enfermedad de Crohn.

realizar una hemicolectomía derecha con ileostomía terminal debido al alto riesgo de dehiscencia.

Presentó una evolución postquirúrgica favorable, pero finalmente fallece al séptimo día de la intervención por un infarto agudo de miocardio.



Figura 1

Presentación intraoperatoria de una báculo cecal.

CP021. BÁCULA CECAL: PRESENTACIÓN DE CASO EN URGENCIAS.

Ó Alpizar Rivas¹, B Marengo de la Cuadra², M Retamar Gentil², M Infantes Ormad², J Reguera Rosal², F Oliva Mompean², JL López Ruiz²

¹Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. ²Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: Los vólvulos son patologías del tracto gastrointestinal que se dan principalmente en el colon. Sus localizaciones más frecuentes son el sigmoides (80%) y el ciego (15%). En el ciego, se clasifican en 3 tipos: I- Torsión axial, II- Torsión con el leo y III- Báculo cecal. Ésta última representa menos del 10% de los vólvulos de ciego. Su diferencia recae en no ser propiamente una torsión, sino más bien un pliegue del ciego sobre sí mismo en sentido cefálico. El compromiso vascular no suele ser importante, sin embargo, va a depender de la competencia de la válvula cecal. Ilustraremos un caso presentado en urgencias.

Caso clínico: Varón de 71 años ingresado en planta de cardiología por cuadro de insuficiencia cardíaca descompensada. Al tercer día de ingreso comienza con dolor abdominal inespecífico, que empeora en días sucesivos, siendo diagnosticado a la semana de evolución mediante TAC abdominal de báculo cecal tras objetivarse un ciego dilatado de 11 cm, anteromedial al colon ascendente, sin dilatación de asas de delgado ni remolino vascular ó alteración en la perfusión intestinal. Inicialmente, dadas las características y comorbilidades del paciente, se opta por manejo conservador.

Debido al empeoramiento del paciente con aumento de distensión abdominal, se decide cirugía urgente donde se encontró un ciego plegado sobre sí mismo y diastático. Tras los hallazgos, se decidió

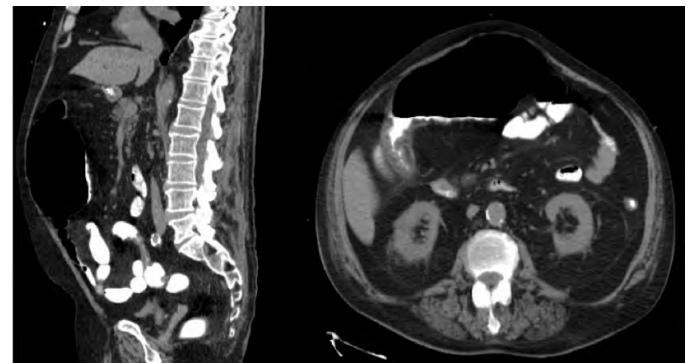


Figura 2

Tomografía del paciente donde se aprecia dilatación del ciego.

Discusión: Esta variante poco frecuente del vólvulo cecal ocurre con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y durante el posparto, (al encontrarse el ciego desplazado hacia arriba por el útero) así como en ancianos y pacientes hospitalizados (al disminuir movilidad colónica y propiciar distensión). Para su producción, es necesaria la existencia de un ciego redundante y con una movilidad excesiva, (por ausencia de fijación de este al retroperitoneo) o cirugías previas que generen adherencias que actúan como eje de rotación del ciego.

Su sospecha clínica es difícil, cuenta con síntomas abdominales inespecíficos, y el TAC es la prueba con mayor rendimiento diagnóstico. El tratamiento definitivo es quirúrgico, siendo de elección la hemicolectomía derecha para evitar riesgo de recidiva y presentar menor tasa de morbimortalidad con respecto a otras técnicas quirúrgicas. La colonoscopia no se recomienda como tratamiento debido a su escasa tasa de éxito de devolvulación, recidivas y riesgo de perforación.

CP022. CAUSA RARA DE ABDOMEN AGUDO: METÁSTASIS INTESTINALES DE CÁNCER DE PULMÓN

MD Picardo Gomendio¹, A Manuel Vázquez¹, C García Amador¹, B González Sierra¹, DA Díaz Candelas¹, V Arteaga Peralta¹, R de la Plaza Llamas¹, JM Ramia Ángel²

¹Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ²Cirugía General y Digestiva. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante/Alacant

Introducción: Las metástasis intestinales de cáncer de pulmón (MICP) son infrecuentes. La mayoría son asintomáticas y su diagnóstico, difícil, aunque en ocasiones pueden causar síntomas relacionados con complicaciones.

Caso clínico: Varón, 58 años, fumador, presenta crisis convulsiva. En la TC cerebral lesiones compatibles con metástasis cerebrales. El TC toraco-abdominopélvico demostró un nódulo pulmonar en lóbulo superior izquierdo que infiltraba pleura, con adenopatías múltiples. Al 7º día, por dolor abdominal, se realizó TC, evidenciando neumoperitoneo, distensión de asas y líquido libre. Se practicó intervención quirúrgica urgente, observando tumoración yeyunal perforada y peritonitis generalizada. Se realizó resección segmentaria y anastomosis. Por progresión tumoral, el paciente finalmente falleció.

Mujer, 46 años, en tratamiento con Nivolumab por carcinoma indiferenciado de origen desconocido, estadio IV. Ingresó por malestar general y vómitos.

TC abdominal: obstrucción intestinal secundaria a invaginación yeyunal. La intervención quirúrgica confirmó la invaginación con lesión palpable e indurada en su interior, y se

realizó resección segmentaria y anastomosis. Al mes reingresó por derrame pleural, decidiéndose manejo paliativo con éxito de la paciente.

En ambos casos, el resultado histológico fue de adenocarcinoma pulmonar.

Discusión: Aproximadamente el 50% de los pacientes con cáncer de pulmón tienen metástasis al diagnóstico. El cáncer de pulmón puede diseminarse vía linfática o hematogena, siendo hígado, cerebro, glándula suprarrenal y hueso, las localizaciones más frecuentes. La afectación metastática en otras localizaciones supone menos del 5%, y suele tratarse de un paciente terminal con enfermedad diseminada en varias localizaciones. Las metástasis gastrointestinales tienen una incidencia del 0,3-1,7%, localizándose, por orden de frecuencia, en esófago, intestino delgado, estómago y colon. En el caso de intestino delgado afectan predominantemente a yeyuno-íleon, y en menor medida a duodeno.

Las manifestaciones clínicas de las MICP suelen ser escasas y en raras ocasiones suponen la primera manifestación clínica del cáncer de pulmón. Se han descrito casos de metástasis intestinales sintomáticas por complicaciones como hemorragia digestiva alta, perforación u obstrucción. Por ello, en pacientes con abdomen agudo y cáncer pulmonar, debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales.

El tratamiento más adecuado de las metástasis intestinales es controvertido y viene condicionado por la clínica. En el caso de complicaciones, el tratamiento recomendado es quirúrgico.

Las metástasis gastrointestinales en cáncer de pulmón empeoran el pronóstico y disminuyen la supervivencia. La presencia de perforación intestinal, otras metástasis metacrónicas extraintestinales y la edad ensombrecen el pronóstico. En estos casos, la supervivencia suele limitarse a semanas o meses.

CP023. CIRUGÍA DE URGENCIAS EN PANDEMIA COVID EN NUESTRO CENTRO.

R Soler Humanes, E Sanchiz Cárdenas, JL Fernández Serrano, L Ocaña Wilhelmi

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Presentar nuestro protocolo de actuación ante una intervención quirúrgica urgente durante la pandemia COVID.

Material y métodos: Desde el inicio de la pandemia a los pacientes que requieren una intervención quirúrgica urgente, se les solicita una PCR-COVID en el área de urgencia y no pasan al área de hospitalización ni a quirófano hasta tener el resultado de la misma, salvo aquellos casos en que la urgencia no es demorable.

Los pacientes covid negativos o de baja sospecha clínica no demorables hasta resultado de PCR son intervenidos en el quirófano de urgencias habitual. Aquellos pacientes que tienen alta sospecha clínica o test covid positivo son intervenidos en un quirófano habilitado exclusivamente para este tipo de pacientes.

Resultados: Se han intervenido un total de 5 pacientes con test covid positivo. Una perforación gástrica, con buena evolución clínica y seguimiento posterior en medicina interna por la infección covid. Una isquemia de colon, ya previamente ingresado en UCI con mala evolución y fallecimiento a las 24 horas. Una hernia interna, asintomática desde el punto de vista respiratorio, con evolución postoperatoria favorable. Una colecistostomía quirúrgica y una úlcera rectal sangrante, ambos también con estancia prolongada en UCI por covid, con buena evolución clínica posterior.

Se intervino un sexto paciente en área covid (obstrucción intestinal por neoplasia de colon derecho) con resultado posterior negativo.

Conclusiones: Es muy importante la alta sospecha clínica en este tipo de pacientes, sobre todo a la hora de decidir el lugar de la intervención quirúrgica en pacientes no demorables. Tan sólo hubo un caso de paciente finalmente covid negativo que por la alta sospecha clínica fue intervenido en área covid.

CP024. COMPLICACIÓN QUIRÚRGICA DE LA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA: ROTURA ESPONTÁNEA DE BAZO.

MH Mohamed Chairi, AJ Pérez Alonso, A García Jiménez, M Arteaga Ledesma, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: La rotura espontánea de bazo (REB) es un evento infrecuente. Puede observarse como complicación de neoplasias hematológicas y asociada a otras causas de esplenomegalia tales como paludismo, enfermedad de Gaucher y algunas infecciones virales.

La causa viral más frecuente es la mononucleosis infecciosa (MI), donde se produce la rotura espontánea hasta en el 0,5% de los pacientes. La infección por el virus Epstein-Barr (VEB) en pacientes inmunocompetentes es generalmente asintomática o en forma de síndrome gripal. A pesar de observarse esplenomegalia en un 35% de los casos de infección activa (IA), la REB raramente ocurre.

En este trabajo describimos un caso de REB durante IA por VEB en un huésped inmunocompetente.

Caso clínico: Varón de 35 años con antecedente de obesidad que acude a urgencias por episodio de síncope vasovagal. Se acompaña de dolor abdominal de 2 horas de evolución a nivel de hipocondrio izquierdo. Días previos refería cuadro gripal. El paciente niega traumatismo, golpe o sobreesfuerzo.

Se palpa megalia de 4cm por debajo del reborde costal izquierdo. Adenopatías laterocervicales dolorosas. Resto de la exploración sin hallazgos.

Analítica sin signos de anemia. Ante el empeoramiento clínico y la inestabilidad hemodinámica (IHD), se solicita TAC de abdomen (Figura 1 y 2) donde se halla esplenomegalia y fractura esplénica en el polo superior con hematoma subcapsular y hemoperitoneo correspondiente al grado III según la clasificación de la "American Association for Surgery of Trauma" (AAST).

Se realiza esplenectomía urgente.

El postoperatorio transcurre favorablemente. Al alta se completa el estudio incluyendo serología. El paciente muestra anticuerpos positivos IgM e IgG contra el VEB.

Discusión: La MI es una enfermedad habitualmente benigna. Sin embargo, es preciso tener en cuenta la existencia de posibles complicaciones.

La REB representa la complicación más severa, siendo la causa más frecuente de muerte en esta enfermedad. Su baja incidencia, sobre todo en personas sanas, hace que no se sospeche.

La clínica varía según la rotura sea aguda o subaguda. Debe sospecharse en todo paciente con dolor abdominal irradiado a hemitórax y hombro izquierdo (signo de Kehr) que aumenta con

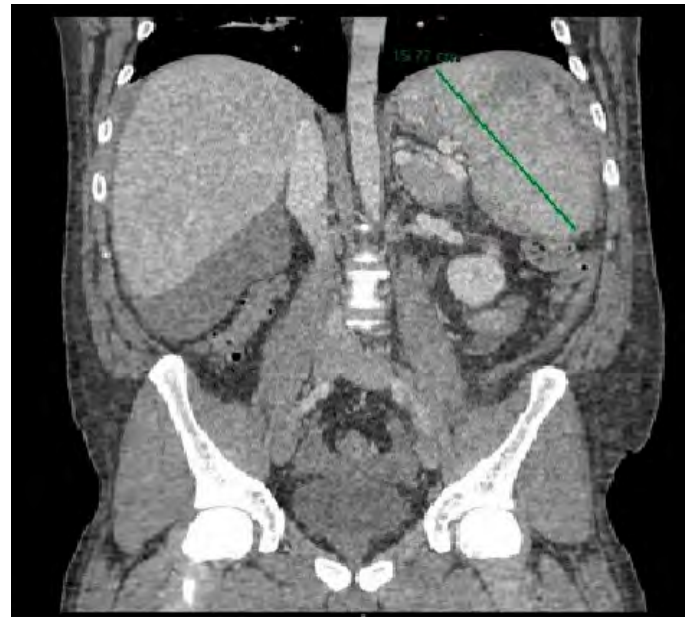


Figura 1

TAC abdomen (corte coronal). Fractura esplénica en el polo superior con hematoma subcapsular esplénico y hemoperitoneo.

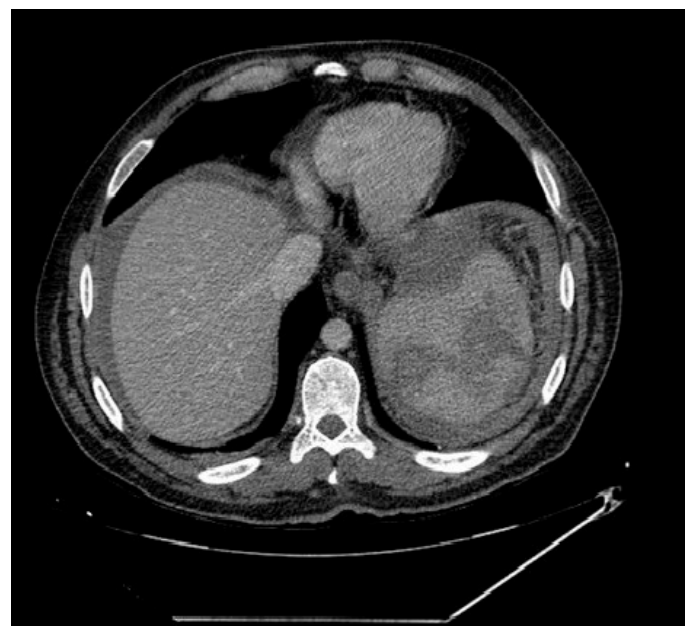


Figura 2

TAC abdomen (corte sagital). Fractura esplénica en el polo superior con hematoma subcapsular esplénico y hemoperitoneo.

la inspiración profunda y que se alivia en posición reclinada, principalmente si se acompaña de IHD.

El diagnóstico debe confirmarse por medio de técnicas de imagen como la ecografía o el TAC. El tratamiento varía en función del grado de afectación esplénica, así como IHD, pudiendo adoptar una actitud conservadora o llevar a cabo una esplenectomía urgente, como fue el caso de nuestro paciente.

CP025. CUERPO EXTRAÑO EN PARED ABDOMINAL

C Acosta Gallardo, MA Herrero Torres, AB Vico Arias, JM Villar del Moral

Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: Los cuerpos extraños en el abdomen son frecuentes, estos pueden ser introducidos tanto de manera accidental como intencional.

A continuación, presentamos un caso de un paciente con accidente laboral insólito.

Caso clínico: Paciente varón de 31 años sin antecedentes personales de interés que acudió al servicio de urgencias tras accidente de trabajo con una clavadora con la que se disparó un clavo mientras la manipulaba. A su llegada a urgencias se encontraba estable hemodinámicamente, afebril y con molestias a nivel del punto de penetración. A la exploración, el abdomen era anodino y en la fosa ilíaca izquierda se apreciaba orificio de entrada. Tras realización de prueba de imagen que descartaba perforación de víscera hueca, y que lo localizaba extraperitoneal, se trasladó al quirófano. Durante la intervención fue preciso el uso del radioscopio para la localización del cuerpo extraño. Finalmente, se pudo realizar la extracción de un clavo de unos 4 centímetros, que se encontraba alojado en la musculatura de la pared abdominal, a nivel de la fosa ilíaca izquierda, sin llegar a dañar el peritoneo.

El paciente fue dado de alta en su segundo día post operatorio sin incidencias.



Figura 1

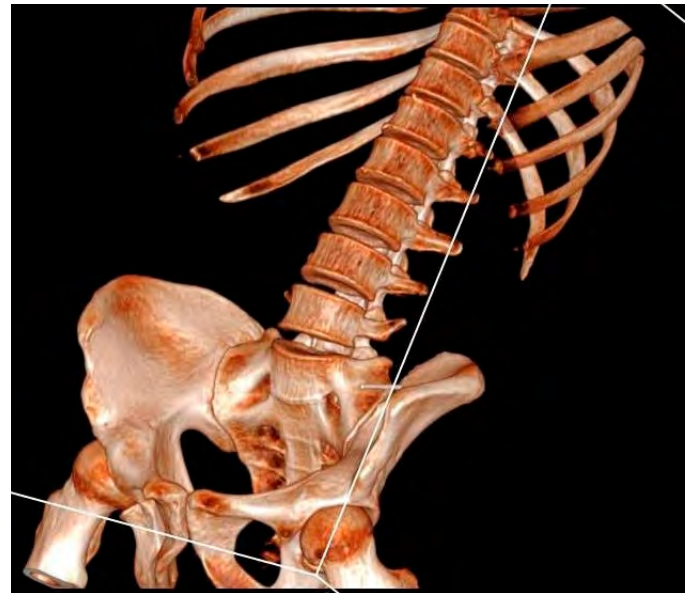


Figura 2

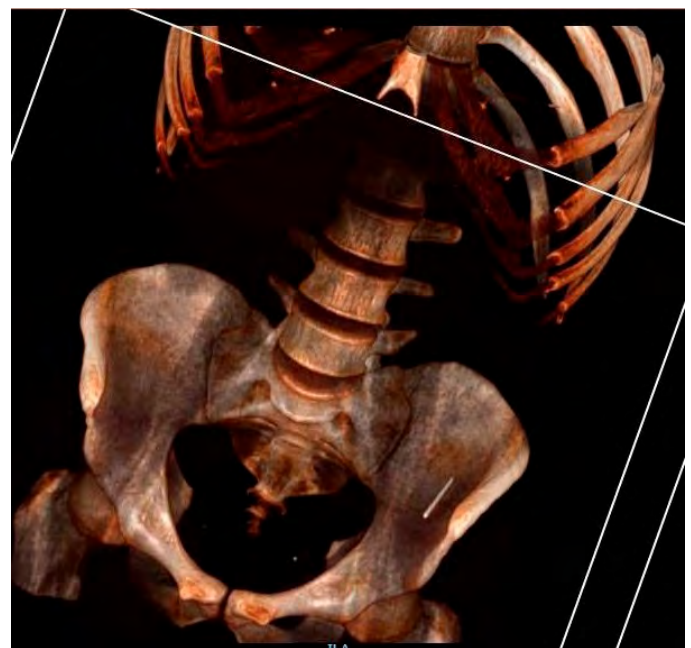


Figura 3

Discusión: Los accidentes laborales con penetración de material extraño en abdomen son muy frecuentes. Puede manifestarse de forma leve, como es nuestro caso, o de forma grave, como un abdomen agudo.

Por lo tanto, lo más importante es clarificar la localización y repercusión de la lesión, dado que es de vital importancia un manejo rápido y precoz en casos de hemorragias masivas o perforación de víscera hueca.

Además de un manejo quirúrgico precoz, se debe comprobar la profilaxis anti tetánica de estos pacientes y realizar profilaxis antibiótica.

CP026. DEMORA EN EL DIAGNÓSTICO DE ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA TRAS TRATAMIENTO CON CISPLATINA, DEBIDO A TEMOR CAUSADO POR LA PANDEMIA DEL COVID19

S Mac Mathuna, R Escalera Perez, E Gutierrez Cafranga, J Gavilan Parras, E Muñoz Caracuel, S Martin Arroyo, F Garcia Molina

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: Durante la pandemia COVID19, el clima de miedo y las restricciones aplicadas, tanto como los consejos oficiales de no acudir a los hospitales y Centros de Atención Primaria a menos que no fuera estrictamente necesario, causó que muchos pacientes, no acudieran a profesionales de la salud cuando debían. Se presenta el caso de un paciente que sufrió una demora en su diagnóstica debido a esta situación.

Caso clínico: Varón de 60 años, en tratamiento con quimioterapia (Cisplatina y pemetrexed) por cáncer de pulmón. Tras la primera dosis de quimioterapia experimentó dolor abdominal intenso, difuso y persistente, y diarreas.

Debido a la situación de la pandemia del COVID19, el paciente se mostró reticente a acudir a profesionales de salud, a pesar de su empeoramiento clínico. Se limitó a realizar una consulta telefónica a su MAP, quien achacó el cuadro a un probable efecto adverso de la quimioterapia, y que no debería acudir a su hospital de referencia por la actual situación de la pandemia.

Tras siete días, el paciente sufrió exacerbación importante del dolor y empeoramiento de estado general y acudió a Urgencias de su Hospital. Se realizó TAC abdominal, con los hallazgos compatibles con trombosis de la AMS, con isquemia masiva de intestino delgado y colon derecho con imagen de neumatosis portal.

Se informó a los familiares del mal pronóstico del cuadro y de la futilidad de la actuación por parte de Rx intervencionista/ cirugía dado lo avanzado del cuadro clínico.

El paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Paliativos, donde falleció unas horas después.

Discusión: La evidencia reciente sugiere que la trombosis arterial es un efecto adverso común pero infra estimado de la Cisplatina, que puede ocurrir durante o después del tratamiento con el fármaco.

La IMA es un proceso grave que requiere un diagnóstico y manejo precoz para reducir la altísima morbimortalidad asociada. Se puede decir que la demora en el diagnóstico de nuestro paciente es causa de un efecto colateral de la pandemia COVID19, y que muchos pacientes, incluyendo el nuestro, no acudieran a profesionales de la salud cuando debían, o la decisión de acudir o no en muchas ocasiones se dejó en las manos de los propios pacientes y sus familiares, quienes en la mayoría de veces no están cualificados para tomar tal decisión.

Es posible que, en otras circunstancias, con un diagnóstico y manejo precoz, el desenlace podría haber sido diferente.

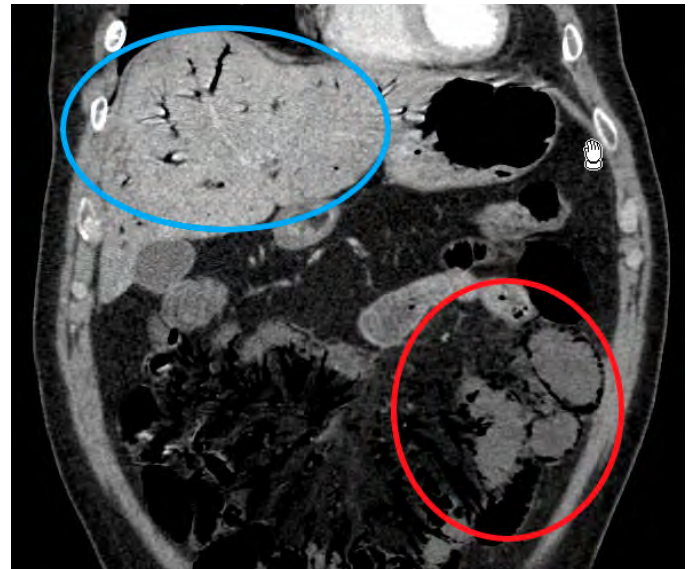


Figura 1

TAC abdominal. Se aprecia neumatosis portal e intestinal.



Figura 2

Neumatosis de área de AMS.

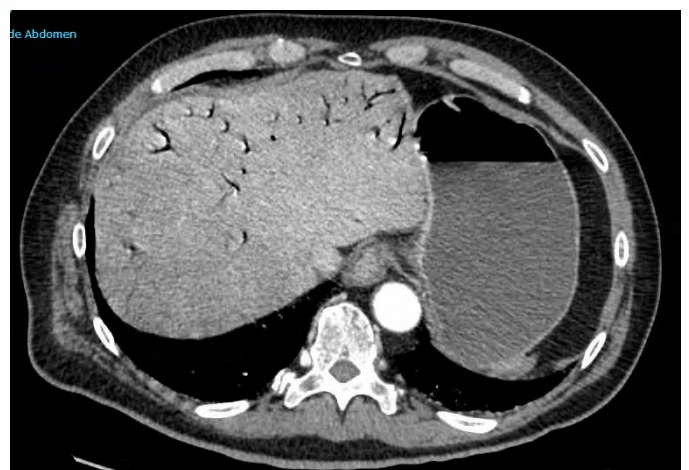


Figura 3

Neumatosis de área portal.

CP027. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO DE ONFALITIS EN VARÓN DE MEDIANA EDAD

AA Maestu Fonseca, C Peña Barturen, J Varela Recio, S Cerrato Delgado, FA Alberto, MD Casado Maestre, MJ Castro Santiago, JM Pacheco Garcia

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La onfalitis es una patología rara en el adulto. La ecografía, tomografía computarizada y la RMN son útiles en el diagnóstico. A propósito de un caso realizamos revisión sobre diagnóstico diferencial de onfalitis en el adulto y su manejo.

Caso clínico: Varón de 47 años, sin antecedentes de interés, que acude a servicio de urgencias hospitalarias (SUH) por dolor y sensación de masa umbilical. En la exploración presentaba celulitis umbilical y la ecografía abdominal fue sugestiva de onfalitis. Se pautó tratamiento antibiótico tópico y sistémico y tras 3 días acudió de nuevo por aumento de masa umbilical y fiebre. Se realizó TC de abdomen (Figura 1) objetivándose una colección subcutánea en región umbilical que contactaba en profundidad con la pared abdominal anterior sin extensión intraperitoneal. Se realizó drenaje bajo anestesia local. La herida quirúrgica presentó una evolución tórpida requiriendo nueva exploración bajo anestesia general realizándose desbridamiento amplio (Figura 2), colocándose posteriormente sistema VAC. En los cultivos creció E. coli. La RMN descartó patología asociada. La anatomía patológica describió cambios inflamatorios crónicos. La herida presentó buena evolución consiguiéndose cierre total sin recidiva.

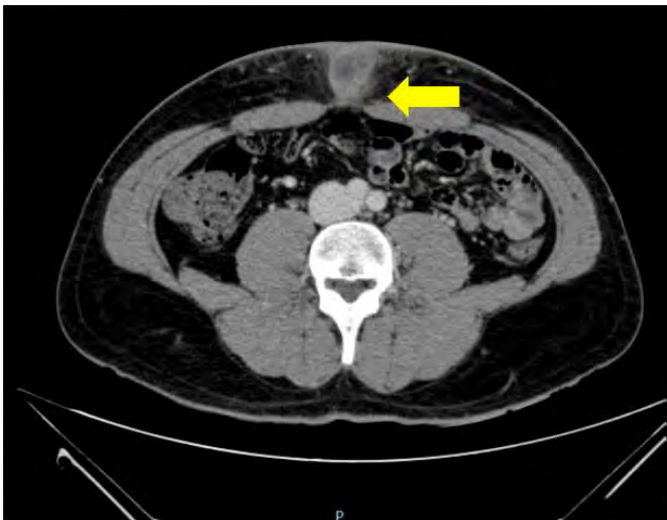


Figura 1

Colección abscesificada a nivel umbilical.

Discusión: La onfalitis es una patología poco frecuente en la edad adulta. Frecuente es secundario a patologías adquiridas como sinus pilonidal umbilical, foliculitis, quiste sebáceo sobreinfectado, o cuerpo extraño. Algunas variantes del desarrollo embriológico, como la persistencia del uraco, pueden cursar de esta forma. Es una patología muy infrecuente. Durante el desarrollo forma parte de la cloaca y del alantoides. Su persistencia puede dar lugar a 4 entidades: uraco permeable (50%); quiste de Uraco (30%), sinus de Uraco (15%),



Figura 2

Imagen de la lesión intraquirófono.

o divertículo uraco-vesical (3-5%). Tiene riesgo de malignizar en el adulto, por lo que es importante incluirlo en el diagnóstico diferencial pese su infrecuencia.

Causas raras de onfalitis en el adulto son el melanoma maligno, endometriosis o el nódulo de la hermana Mary Joseph en casos de carcinoma metastásico.

Para el diagnóstico la ecografía, el TC y la RMN son de gran ayuda. Ante la sospecha de persistencia del uraco la RMN es de elección. Será necesario realizar una cistoscopia para descartar comunicación vesical.

El tratamiento definitivo será antibioterapia y drenaje de la lesión en caso de presentar colección purulenta asociada. Si se sospecha persistencia del uraco es necesaria la escisión total junto sección de rodete vesical, siendo el abordaje laparoscópico útil. Si sospecha de patología maligna habrá que hacer estudio de extensión y escisión radical de la lesión con márgenes libres.

CP028. DIVERTÍCULO DE MECKEL COMO CAUSA DE CUADROS SUBOCLUSIVOS RECIDIVANTES EN EL ADULTO

M Arteaga Ledesma, J Triguero Cabrera, C Acosta Gallardo, E Fernández Segovia, MH Mohamed Chairi, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal (2-3% de la población). Se

localiza, generalmente, en el borde antimesentérico del íleon, a unos 60-100 cm de la válvula ileocecal. Su diagnóstico, en la mayoría de los casos, es incidental; asociándose a un riesgo de complicaciones del 4-6%. Presentamos el caso de un paciente con cuadros suboclusivos de repetición secundarios a divertículo de Meckel complicado.

Caso clínico: Varón de 36 años, con antecedente de apendicectomía en la infancia (mediante incisión de McBurney y posterior laparotomía media infraumbilical por peritonitis generalizada) y cuadros suboclusivos de repetición resueltos de forma conservadora.

Acudió al servicio de Urgencias por cuadro clínico de obstrucción intestinal de 36 horas de evolución. A la exploración física presentaba un abdomen distendido, timpánico, con ruidos hidroaéreos aumentados. La analítica fue normal y en la radiografía de abdomen en supino se visualizaba una dilatación generalizada de asas de intestino delgado con edema y ausencia de gas en marco cólico. Se realizó tomografía computarizada de abdomen con contraste intravenoso, con hallazgo de obstrucción intestinal completa secundaria probablemente a brida próxima a cicatriz quirúrgica por posible adherencia, sin poder descartar hernia interna.

Se decidió intervención quirúrgica urgente, realizándose laparoscopia exploradora en la que se evidenció una brida firme desde la laparotomía media infraumbilical a un divertículo de Meckel localizado a 110 cm de la válvula ileocecal con signos inflamatorios que ocasionaba torsión intestinal. Se realizó resección de la brida y del divertículo de Meckel mediante endograpadora. El postoperatorio cursó sin incidencias, siendo dado de alta al 4º día tras intervención quirúrgica.

El diagnóstico anatomopatológico confirmó que se trataba de un divertículo de Meckel sin tejido heterotópico.

Discusión: El divertículo de Meckel es una patología cuyo diagnóstico, aunque más frecuente en la infancia, debe ser siempre considerado en cualquier paciente adulto con dolor abdominal, pues la presencia de síntomas suele ser secundaria a complicaciones del mismo. En adultos, la complicación más común es la obstrucción intestinal cuyos síntomas pueden variar desde cuadros suboclusivos de repetición, como ocurría en nuestro paciente, hasta casos de abdomen agudo con estrangulación.

En cuanto al tratamiento, la cirugía está indicada en caso de sintomatología; cobrando especial importancia el abordaje laparoscópico ya que nos permite realizar una evaluación diagnóstica y al mismo tiempo un manejo quirúrgico si así fuese necesario.

CP029. DOBLE VÓLVULO DE SIGMA: UN CASO POCO FRECUENTE

N Montemuiño Chulián, M Infantes Ormad, J Reguera Rosal, M Retamar Gentil, B Marengo de la Cuadra, I Lorence Tomé, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: El vólvulo de sigma constituye la localización más frecuente de los vólvulos de colon, representando hasta el 70% de los mismos. Suele presentarse como un cuadro de obstrucción intestinal y su diagnóstico es fundamentalmente clínico y radiológico, mediante la realización de radiografía y/o tomografía computerizada (TC). El manejo del vólvulo de sigma continúa siendo controvertido, debido a la elevada morbimortalidad de una cirugía emergente, por lo que se aboga por un manejo inicial no quirúrgico, mediante la realización de devolvulación por vía endoscópica, y en casos de persistencia o recidiva, la cirugía.

Caso clínico: Varón de 61 años que acudió a urgencias por dolor y cuadro de obstrucción intestinal de una semana de evolución. Se realizó TC abdominal urgente que constató la presencia de obstrucción intestinal por un doble vólvulo de sigma. Desde el servicio de Urgencias, se contactó con Digestivo para realización de colonoscopia urgente, en la que se objetivaron dos vólvulos de sigma, a 30 y a 90 centímetros del margen anal respectivamente. Se intentó realizar devolvulación endoscópica en dos ocasiones, con recurrencia del cuadro confirmada en el TC abdominal de control. Dada la estabilidad clínica y hemodinámica del paciente, se decidió realizar cirugía urgente de forma diferida. A las 48 horas del ingreso, el paciente fue intervenido, realizándose sigmoidectomía asistida por vía laparoscopia con anastomosis colo-cólica laterolateral mecánica, objetivándose durante la intervención la presencia de un sigma muy redundante con meso laxo que condicionaba dos vólvulaciones. Al cuarto día postoperatorio, el paciente comenzó con deterioro progresivo del estado general, realizándose TC abdominal urgente, con hallazgos sugestivos de dehiscencia de la anastomosis. Antes esta situación, se decidió intervención urgente, llevándose a cabo resección de la anastomosis y colostomía terminal. Finalmente, el paciente recibió el alta domiciliaria a los 20 días de la primera intervención.



Figura 1

Radiografía doble vólvulo de sigma.

Discusión: Tras una exhaustiva revisión de la literatura, no hemos encontrado en el momento actual ningún caso como el que describimos. Existen varias referencias sobre los vólvulos compuestos, que suelen

afectar al íleon y al colon sigmoide simultáneamente, así como algunos casos de vólvulo simultáneo de ciego y sigma. El diagnóstico preoperatorio es difícil, debido a la infrecuencia de esta patología y lo inespecífico de los hallazgos radiológicos, realizándose cirugía urgente ante el fracaso de manejo conservador. Por ello, concluimos que no existe actualmente un manejo idóneo estandarizado de esta patología, siendo necesario individualizar cada caso en función del tipo de vólvulo que presente el paciente.

CP030. ESOFAGOGASTRECTOMÍA URGENTE POR INGESTA DE CÁUSTICOS

EA Buendía Peña, LT Ocaña Wilhelmi, E Corrales Valero, M Ortega Castán, MS Álvarez Escribano

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La ingesta de cáusticos con intención suicida es un problema de gravedad, con graves consecuencias esofagogástricas, que puede requerir de una cirugía urgente. Exponemos un caso de ingesta masiva de cáusticos, practicándose una esofagogastrectomía urgente.

Caso clínico: Mujer de 44 años con antecedentes médicos psiquiátricos. Bebedora habitual.

Acude a urgencias por ingesta de múltiples cáusticos de forma voluntaria. Ha tenido vómitos en abundancia. Claros signos de embriaguez por consumo añadido de alcohol, tendencia al sueño, estable hemodinámicamente, aqueja dolor orofaríngeo y retroesternal.

Se extrae analítica destacando, acidosis metabólica con ph de 7.12. Tiempo protrombina 62%. Leucocitosis (14420 cels/mm³), proteína C reactiva 42 mg/l. Se solicita TC de tórax y abdomen, con hallazgos de esofagitis completa, engrosamiento mural e hipocaptante de cámara gástrica con afectación de primera y segunda porción duodenal, abundante líquido libre y neumoperitoneo adyacente a curvatura mayor gástrica y en hilio hepático.

Se decide traslado a UCI para soporte intensivo, practicar endoscopia digestiva alta y valorar viabilidad duodenal para cirugía. En endoscopia hallazgos de esofagitis IIIA de Zargar, gastritis IIIB de Zargar, bulbitis duodenal IIB de Zargar y afectación de segunda porción duodenal IIA de Zargar.

Se decide laparotomía exploratoria, inicialmente peritonitis biliar en todos los cuadrantes, necrosis transmural de 50% de cámara gástrica con perforación en curvatura menor de cuerpo gástrico. Maniobra de Kocher para explorar región duodenal. Sin hallazgos de necrosis a dicho nivel, se decide gastrectomía total con exéresis de bulbo duodenal, así mismo, disección de esófago abdominal y cervical mediante cervicotomía lateral izquierda, realizando stripping esofágico y finalizando esofagectomía. Se confecciona esofagostoma cervical izquierdo y yeyunostomía de alimentación. Se traslada intubada y con soporte vasoactivo a UCI.

Evolución favorable, siendo extubada a las 48 horas. Dada de alta tres semanas después.

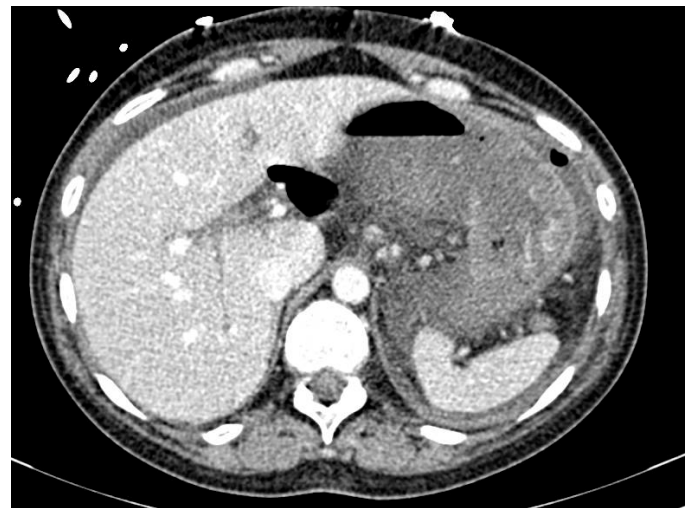


Figura 1



Figura 2

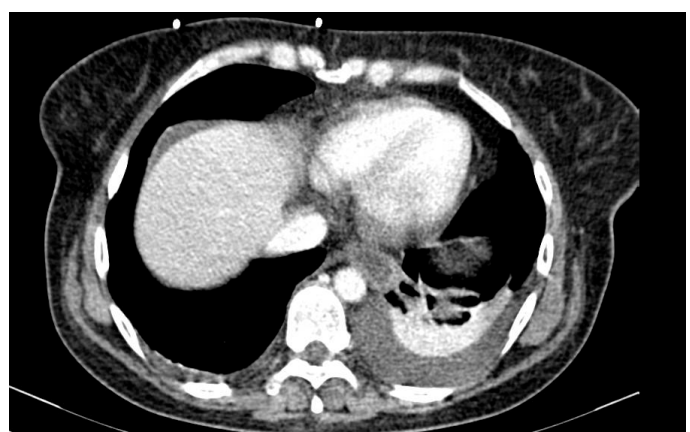


Figura 3

Discusión: Las lesiones graves por cáusticos son desafío médico y quirúrgico. El manejo multidisciplinar, con la participación de intensivistas, endocrinólogos, cirujanos y endoscopistas entre otros es crucial para reducir la mortalidad, siendo un avance fundamental la disponibilidad de antibióticos más eficaces y técnicas de nutrición artificial.

CP031. ESOFAGOGRASPECTOMÍA DE URGENCIAS EN PACIENTE CON ESOFAGOGASTRITIS TRAS INGESTA AUTOLÍTICA DE CÁUSTICOS.

AC Pontes García, A Padial Aguado, I Gómez Luque, FJ Briceño Delgado

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba

Introducción: Las intervenciones de urgencias que implican el esófago son una de las mayores agresiones quirúrgicas a las que se puede someter una persona, no solo por la morbi-mortalidad, sino por las consecuencias a medio-largo plazo. La opción quirúrgica debe limitarse a las siguientes indicaciones: desgarros de más del 5 cm o del 50% de la luz esofágica en pacientes con perforaciones esofágicas y mediastinitis asociada, y, por otra parte, las lesiones extensas por necrosis química cáusticas (Clasificación Zargar IIIb). En estas indicaciones es fundamental el diagnóstico e intervención precoz puesto que disminuyen la mortalidad.

En la ingesta por cáusticos el daño al tracto gastrointestinal depende de muchos factores, como el tipo de sustancia, su cantidad, o la existencia de enfermedad esofágica o gástrica previas. La realización de endoscopia digestiva alta está indicada para valorar el daño, aunque permanece discutido su uso sobre cuándo es el mejor momento para su realización. No obstante, la endoscopia precoz parece ser segura.

La técnica de elección en la ingesta por cáusticos es la gastrectomía total con esofagectomía subtotal, mediante un stripping, a través de un doble abordaje cervical y abdominal transdiafragmático, yeyunostomía de alimentación. La vía transhiatal evita la toracotomía y reduce el riesgo de complicaciones pulmonares. Se descarta la reconstrucción del tránsito en esta cirugía de urgencias, optando por el concepto de cirugías de control de daños.

Caso clínico: Paciente de 50 años sin antecedentes personales de interés que tras intento autolítico tras ingesta de cáusticos (lejía y agua fuerte) requiere intubación y sedoanalgesia. En el TAC de urgencias se aprecia esófago y estómago de paredes mal definidas y edematosas. Edema grasa mediastino e intraabdominal. Derrame pleural bilateral. Abundante líquido libre intraperitoneal. Endoscopia que solo consigue llegar al 1/3 medio del esófago por marcado edema parietal, estadifica según clasificación de Zagar grado IIIb.

Se decide intervención urgente, encontrándose necrosis completa de estómago hasta píloro, con perforación gástrica. Esófago con edema parietal y necrosis de la mucosa. Realización de gastrectomía total. En segundo tiempo cervical, esofagectomía subtotal mediante maniobra de stripping y fijación de esofagostomía proximal cervical. Lavado cavidad. Drenajes supramesocólicos, mediastínicos y cervical. Colocación de sonda de yeyunostomía.

Tras la intervención ingreso en UCI complicándose con insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal, con evolución favorable.

Es fundamental el diagnóstico y tratamiento temprano de las lesiones agudas esofágicas. Conocer las indicaciones, valorar las comorbilidades y el estado del paciente nos permitirá elegir el mejor de los procedimientos en función del enfermo.

CP032. ESTALLIDO HEPÁTICO POR METÁSTASIS DE UN GIST GÁSTRICO. UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMOPERITONEO

J Santoyo Villalba, J Triguero Cabrera, MÁ Moya Ramirez, A García Jiménez, MÁ Herrero Torres

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST por sus siglas en inglés) son los tumores mesenquimales más frecuentes. Se caracterizan por la expresión de c-KIT/CD 117. Hasta el 60% se originan en el estómago. Los síntomas de presentación más frecuentes incluyen: sangrado en cavidad peritoneal, hemorragia digestiva y anemia, entre otros. Aproximadamente un 20% de los GIST presentan metástasis al diagnóstico, normalmente peritoneales y hepáticas.

Caso clínico: Paciente mujer de 38 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por epigastralgia de meses de evolución con empeoramiento súbito asociado a cortejo vegetativo y vómitos. Análiticamente destaca hemoglobina en 12,5g/dL y LDH en 701. Se solicita ecografía de abdomen (**Figura 1**) que evidencia gran masa gástrica y lesiones hepáticas sugerentes de metástasis. Durante la realización de dicha ecografía presenta cuadro de hipotensión arterial, taquicardia y disminución del nivel de conciencia. Se realiza gasometría urgente que evidencia acidosis láctica y hemoglobina de 7,5g/dL. Ante la sospecha de sangrado agudo e inestabilidad hemodinámica se traslada a quirófano para cirugía emergente.



Figura 1

Imagen de ecografía abdominal que muestra lesión tumoral que parece depender de estómago.

Se realiza laparotomía media evidenciándose masa tumoral gástrica de unos 20cm (**Figura 2**) con hemoperitoneo secundario a estallido de metástasis hepáticas con decapsulación de toda la cápsula de Glisson del hígado derecho y carcinomatosis peritoneal. Se realiza resección de tumoración gástrica junto con resección atípica de curvatura mayor. Se realiza packing hepático con compresas. En los días posteriores se revisa en dos ocasiones en quirófano para recambio y retirada respectivamente de dicho packing.

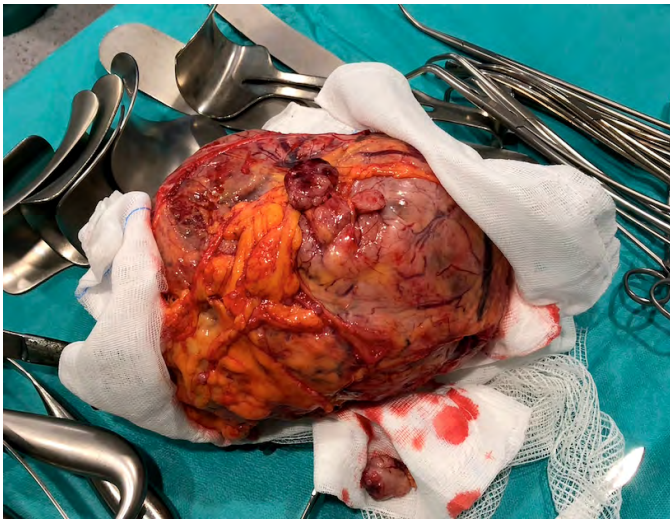


Figura 2
Pieza quirúrgica.



Figura 3
TC de abdomen: Lesiones hepáticas compatibles con metástasis.

Evolución posterior favorable en sala de hospitalización siendo dada de alta al 24º día postoperatorio. En la figura 3 se puede observar las lesiones hepáticas que presentaba la paciente.

La anatomía patológica es compatible con GIST G1 (pT4). Los implantes evidenciados (hepáticos y mesentéricos) son metástasis de GIST.

Discusión: Los tumores GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes. Una complicación importante de estos tumores es la ruptura del mismo ocasionando hemorragia digestiva o hemoperitoneo. El lugar más frecuente de metástasis es el hígado. Es muy infrecuente, aunque se han descrito algunos casos de hemoperitoneo por rotura de metástasis hepáticas, como ocurre en nuestro caso. El tratamiento de estos tumores es quirúrgico, más aún cuando existen complicaciones agudas como en nuestro caso. La primera línea de tratamiento de los tumores GIST metastásicos o recurrentes (no complicados) son los inhibidores de la Tirosin Kinasa (Imatinib).

CP033. EVENTRACIÓN INCARCERADA, OBESIDAD MÓRBIDA Y GRAN MASA INTRAABDOMINAL INCIDENTAL

R Escalera Pérez¹, S Mac Mathuna², S Martín Arroyo², E Muñoz Caracuel¹, J Gavilan Parra¹, FJ García Molina¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera. ²UGC Cirugía General. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: La obesidad y la cirugía urgente de pared va unida en ocasiones a otras patologías que pueden encontrarse de manera incidental lo cual supone un hándicap añadido.

Si ya la cirugía urgente de la pared supone un reto, la aparición de tumores intraabdominales concomitantes no estudiados previamente eleva aun más su dificultad.

Caso clínico: Mujer de 42 años, fumadora, con obesidad tipo III acude al servicio de urgencias por dolor abdominal en relación a "onfalitis de evolución tórpida". Tras la valoración urgente y ante la sospecha de hernia incarcerada se solicita analítica destacando PCR 247, Leucocitos 24K (78% neutrofilia), creatinina 2.49. Vease **figura 1**

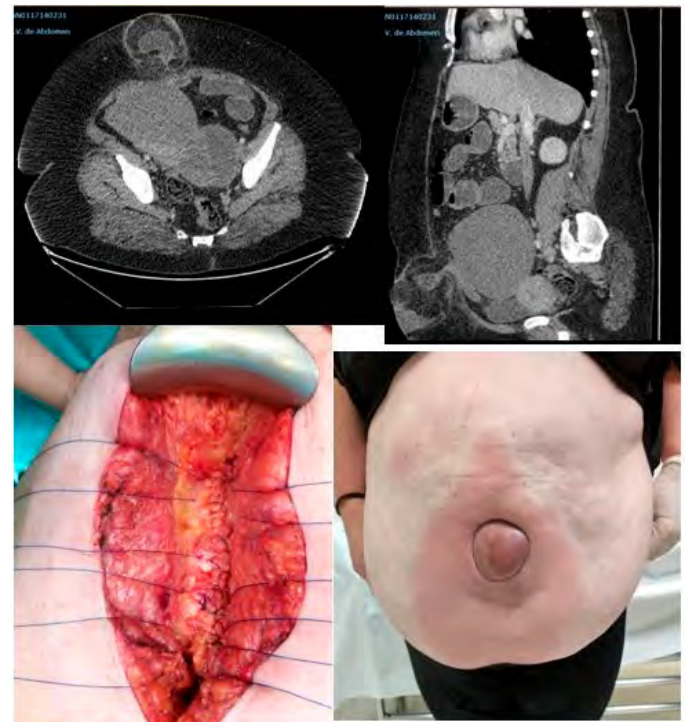


Figura 1

Ante estos hallazgos se decide cirugía urgente conjunta con Ginecología.

Durante la cirugía se objetivó un segmento de ileon distal gangrenado sin datos de perforación. Tras resear el asa y antes de realizar la anastomosis se confirmó la existencia de una gran masa tumoral. Se decidió la resección de la misma en bloque junto con el anejo aun sin presentar datos de complicación agudos por el potencial efecto que aplicaba sobre el defecto de pared y ante la necesidad de

realizar un abordaje obligado de dicha lesión en un segundo tiempo con una nueva relaparotomía.

Tras la extirpación se realizó la anastomosis y se procedió al cierre directo. Se reforzó la sutura de la pared con puntos Smead-Jones y no se dejó material protésico en previsión de una posible segunda cirugía ginecológica en función de los resultados anatomopatológicos.

El postoperatorio fue satisfactorio.

Discusión: El abordaje de urgencias de la pared abdominal supone un verdadero reto al cirujano de guardia, más aún si añadimos el principal factor asociado como es la obesidad.

La aparición de eventos no esperables, bien por contaminación o por tumoraciones intraabdominales durante la propia cirugía puede hacerte considerar el uso de mallas o no y la técnica más apropiada para el cierre, teniendo en cuenta la elevada posibilidad de una cirugía a corto plazo.

CP034. EVISCERACIÓN EPIGÁSTRICA PRECOZ TRAS COLECISTECTOMÍA

EA Buendía Peña, C Monje Salazar, M Ortega Castan, MS Álvarez Escribano, A Ortega Martínez

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: El cierre de puertos de trocar laparoscópicos ha sido motivo de controversia. Se ha relacionado estrechamente que, a mayor tamaño de orificio sin cerrar, existe mayor probabilidad de hernia incisional. En puertos de 10 mm, la incidencia es 1% y para aquellos mayores de 10 mm puede llegar hasta 3,5%.

En la cirugía laparoscópica de la vesícula biliar, realizada en posición americana, se coloca un puerto de trabajo epigástrico de 10 mm o mayor, siendo poco frecuente el cierre de éste al finalizar la intervención.

Caso clínico: Varón de 40 años, con antecedente médico de hipertensión. Es intervenido de forma programada por colelitiasis, realizándose colecistectomía laparoscópica en posición americana, con puerto de 12 mm umbilical, dos puertos de 5 mm en flanco derecho y puerto de 11 mm en epigastrio. Se realiza intervención quirúrgica sin incidencias. Durante la intervención se procedió sólo al cierre de puerto umbilical. El paciente es dado de alta en régimen de cirugía mayor ambulatoria con buena evolución.

Acude a urgencias cuatro días después por cuadro de dolor abdominal epigástrico de 24 horas de evolución asociado a vómitos. Estreñimiento desde el alta. A la exploración paciente con constantes estables, IMC 30. Abdomen blando, doloroso en zona epigástrica con discreta tumoración, sin apreciar compilación en herida quirúrgica de puerto epigástrico. Se extrae una analítica de sangre, destacando leucocitosis de 15240 cels/mm³, PCR de 13 mg/l, sin otras alteraciones de interés. Se solicita TC de abdomen c/c, con hallazgo de evisceración

epigástrica de asa de intestino delgado, que genera obstrucción intestinal. Cuantía leve de líquido libre intraabdominal.

Se decide intervención quirúrgica urgente, realizando laparotomía media supraumbilical, con hallazgo de evisceración de segmento de delgado con parche de necrosis de 1.5 cm en cara antimesentérica sin perforación. Se decide realizar resección intestinal de unos 7 cm de yeyuno y anastomosis laterolateral mecánica. Así misma hernioplastia con malla macroporosa de polipropileno supraponeurótica.

Paciente evoluciona de forma favorable, teniendo cuadro de rectorragia autolimitada y dado de alta al sexto día postoperatorio.

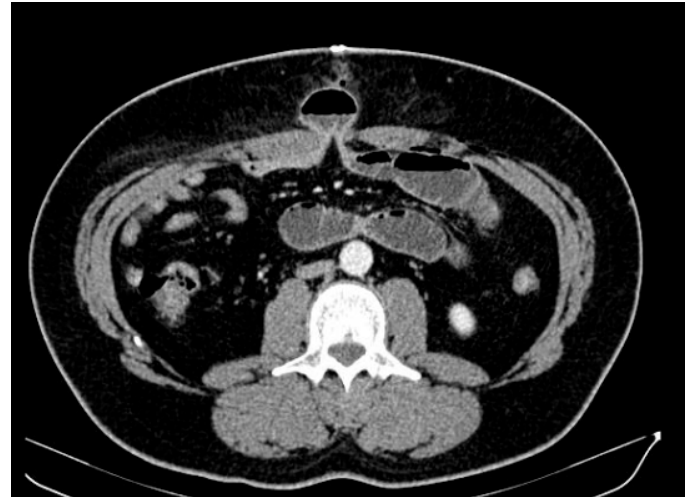


Figura 1

TC de abdomen con hallazgos de evisceración precoz.



Figura 2

TC de abdomen, observando clips de colecistectomía con asas dilatadas.

Discusión: La herniación o evisceración precoz en trocar laparoscópico es una entidad poco frecuente, sin embargo, su detección debe ser lo más precoz posible y debe considerarse como posible diagnóstico ante cualquier alteración del curso normal

posoperatorio. La reparación con malla es la técnica de elección, incluso si se realiza resección intestinal.

Para evitar dichas complicaciones en cirugía laparoscópica, se recomienda cierre de puertos de trocar, especialmente mayores de 10 mm, incluso colocación de malla profiláctica en aquellos pacientes con factores de riesgo.

CP035. FASCITIS NECROTIZANTE MANEJADA CON SISTEMA DE PRESIÓN NEGATIVA

EA Buendía Peña, J Roldán de la Rúa , A Ortega Martínez , MS Álvarez Escribano, LC Hinojosa Arco

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La fascitis necrotizante se define como una infección de partes blandas que cursa con inflamación y necrosis rápidamente progresiva del tejido celular subcutáneo y fascial. Es una entidad con una incidencia baja, pero se está observando un aumento exponencial en nuestro entorno.

Tiene una mortalidad del 25-40%, a pesar de un diagnóstico precoz, manejo agresivo con desbridamiento quirúrgico y medidas de soporte intenso.

Caso clínico: Mujer de 47 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino dependiente mal controlada, retinopatía diabética y obesidad mórbida con IMC de 50.

Acude a urgencias por dolor inguinal y en muslo izquierdo desde hace dos semanas con fiebre, empeoramiento significativo en las últimas 24 horas. A su llegada, presenta mal estado general y sudoración con tendencia a hipotensión (80/60mmHg), taquicardia de 108 lpm. A nivel abdominal, gran faldón de grasa que cubre ambas ingles, con múltiples placas de necrosis malolientes en límite inferior izquierdo de faldón de grasa y zona inguinal izquierda con extensión a región púbica y vulvar.

Se extrae analítica, destacando leucocitosis (25970cels/mm³), PCR de 260 mg/L, glucosa de 456 mg/dl. Se solicita TC pélvico y miembro inferior izquierdo, con hallazgos de cambios inflamatorios con extenso gas en fascia superficial de pared abdominal anterolateral izquierda y raíz de miembro inferior izquierdo, con discreta extensión a región glútea.

Se decide cirugía con desbridamiento agresivo de piel y tejido celular subcutáneo de zonas afectadas, con posterior traslado a UCI. Veinticuatro horas después, nueva revisión en quirófano, sin apreciar avance de necrosis y colocándose sistema de presión negativa (VAC).

Paciente sube a planta al cuarto día, con cambios cada 72 horas de VAC en quirófano durante 3 semanas. Crecimiento de *Klebsiella pneumoniae*, *proteus mirabilis* y *bacteroides fragilis* multisensible en múltiples cultivos.

Finalmente, tras buena evolución se contacta con Cirugía plástica para realizar reconstrucción cutánea utilizando injertos de muslo y zona glútea, siendo dada de alta tras dos meses de ingreso.



Figura 1 Exploración en urgencias de fascitis necrotizante.



Figura 2 Hallazgos de TC de abdomen.



Figura 3 Resultado de primer desbridamiento quirúrgico.



Figura 4

Resultado de colocación de VAC.

Discusión: La fascitis necrotizante es una entidad poco frecuente pero grave, pudiendo pasar desapercibida en etapas iniciales, complicando un diagnóstico precoz.

El desbridamiento quirúrgico amplio y precoz es fundamental. La terapia de presión negativa facilita el tratamiento, favoreciendo el tejido de granulación y mayor facilidad para el prendimiento del injerto en la reconstrucción futura.

CP036. FÍSTULA COLECISTODUODENAL COMO ORIGEN DE ABDOMEN AGUDO

E Antonaya Rubia¹, R Molina Barea¹, A Cózar Ibáñez¹, R Ortega Higuero², JM Capitán Vallvey¹

¹Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén. ²Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal San Agustín, Linares

Introducción: La coledocistitis es una patología con elevada prevalencia, siendo en nuestro país de alrededor del 12%. Hasta un 4% de las coledocistitis asintomáticas llegarán a complicarse, siendo la Diabetes Mellitus el mayor factor de riesgo para ello. Cuando nos referimos a la coledocistitis como una de estas complicaciones, cualquier paciente puede llegar a desarrollarla si se dan las condiciones apropiadas, aunque se considera la edad, la diabetes y la inmunodepresión las condiciones basales que generan una mayor morbimortalidad.

Caso clínico: Mujer de 70 años con antecedentes de diabetes mellitus y coledocistitis, acude a Urgencias por dolor abdominal epigástrico que irradia en cinturón. La exploración mostraba dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Como única alteración analítica, una discreta elevación de la Proteína C Reactiva. Se trató con analgesia convencional, remitiendo el dolor y siendo dada de alta con el

diagnóstico de cólico biliar no complicado. En las siguientes 24 horas debuto con fluctuación del nivel de consciencia, hipotensión y livideces generalizadas. La paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde se revisaron las pruebas realizadas comprobándose la existencia de fina lámina de neoperitoneo en la radiografía de tórax. Un nuevo control analítico evidenció importante disfunción orgánica, insuficiencia renal, coagulopatía, y elevación de los parámetros de sepsis. Se indicó entonces la cirugía urgente, realizándose laparotomía exploradora en la que se probó la existencia de una peritonitis purulenta generalizada junto a una fístula colecistoduodenal asociada a perforación vesicular. Se llevo a cabo una colecistectomía con resección parcial de epiplón mayor ya que presentaba signos de mala perfusión. Dada la inestabilidad de la paciente y la posibilidad de progresión de la isquemia a otras vísceras no se realizó cierre abdominal, colocando un sistema de vacío para Second Look a las 48 horas. Durante el mismo, no se evidenciaron nuevos hallazgos patológicos por lo que se realizó el cierre de la pared. La paciente presento un postoperatorio tórpido en UCI, aunque sin nuevas complicaciones intraabdominales.

Discusión: La sepsis o el shock séptico puede ser la forma de debut de múltiples patologías en pacientes con factores de riesgo (diabetes, inmunodepresión...) por lo que el espectro de diagnósticos que debemos barajar ante un enfermo de estas características debe ampliarse. En nuestro caso, la paciente no presento signos típicos de colecistitis de inicio y si un neoperitoneo, complicación infrecuente en esta patología, y síntomas graves asociados a shock séptico.

CP037. GANGRENA DE FOURNIER POR PERFORACIÓN RECTAL DEBIDO A CUERPO EXTRAÑO

C Acosta Gallardo, MA Herrero Torres, M Arteaga Ledesma, M Domínguez Bastante

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante localizada en la región perineal y genital, debida a una infección mixta por bacterias aerobias y anaerobias.

Requiere de una alta sospecha para su diagnóstico precoz, dado que es una patología tiempo dependiente. Sus manifestaciones clínicas son muy variables, se puede presentar como fiebre de origen desconocido, dolor sin cambios anatómicos visibles, shock séptico, entre otras. La manifestación más frecuente es que con fiebre, cambios tróficos en la piel: eritema, necrosis, edema que se extiende por escroto, pene, periné, pared abdominal o miembros inferiores y supuración con una rápida progresión.

Caso clínico: Paciente varón de 64 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, adenocarcinoma gástrico en remisión y fumador activo. Acudió al servicio de urgencias en situación de shock séptico. Presentaba proctalgia de una semana de evolución, por la que había consultado previamente en su centro de salud, tratándose como una infección

del tracto urinaria. A la exploración inicial se observó celulitis con enfisema subcutáneo en ambos glúteos y raíz del escroto.

Se trasladó a quirófano de forma urgente, hallándose perforación rectal a tres centímetros del margen anal externo debido a una raspa de pescado de unos 4 centímetros de tamaño. Una gangrena que afectaba a ambos glúteos, mayormente al izquierdo que comunicaba con la perforación y a su vez con el glúteo derecho. Se revisó en el quirófano al día siguiente decidiéndose realización de una colostomía vía laparoscópica. Posteriormente, se realizaron curas diarias o cada 48 horas en el quirófano según evolución de la herida, siendo dado de alta tras 47 días de hospitalización, con herida completamente cerrada y curada. Durante su ingreso se realizó un tratamiento multidisciplinar por los servicios de Nutrición, Rehabilitación y Medicina Interna.

En la revisión post operatoria el paciente se encontraba bien, pendiente de reconstrucción del tránsito intestinal.

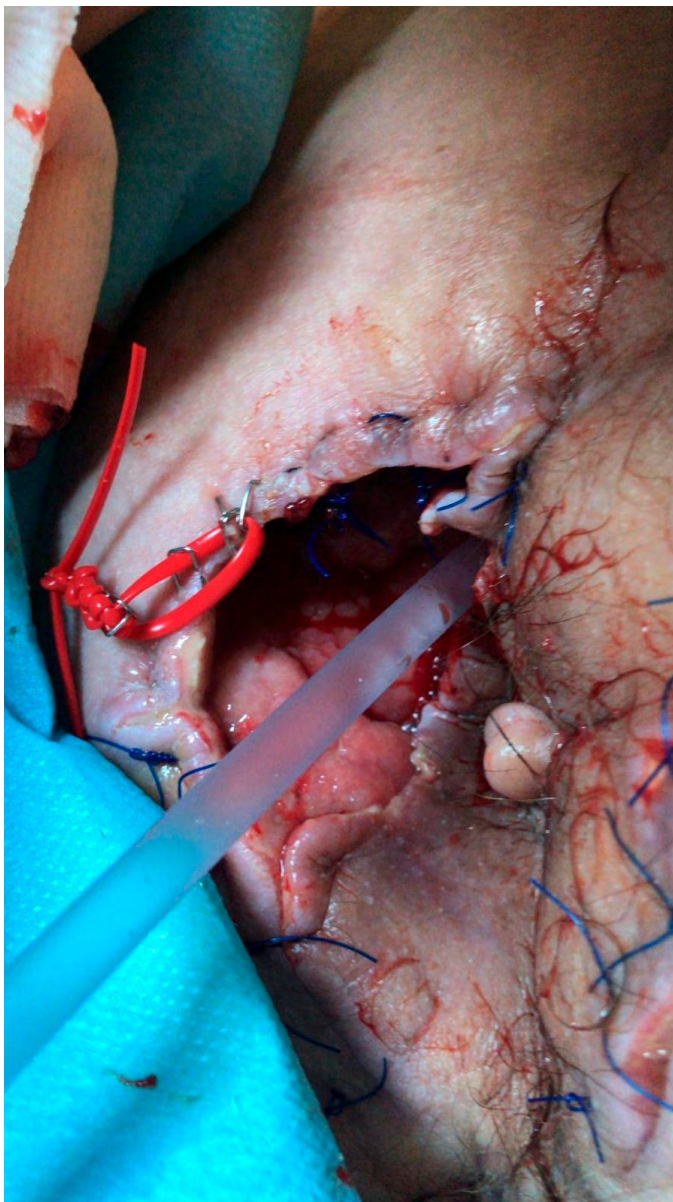


Figura 1



Figura 2

Discusión: La gangrena de Fournier se caracteriza por un cuadro séptico, rápidamente progresivo con una alta morbimortalidad, que requiere de una intervención precoz y agresiva, siendo éste su principal factor pronóstico: antibioterapia empírica, medidas de soporte y desbridamiento quirúrgico. Dada la complejidad de los casos, estos pacientes requieren de un manejo multidisciplinar durante su ingreso.

La etiología de este cuadro clínico es muy extensa, hay casos descritos tras vasectomías, en pacientes con neoplasias colorrectales, apendicitis, diverticulitis, abscesos perineales, orquiepidimitis, enfermedad de Crohn, después de procedimientos en la zona perineal, y excepcionalmente tras perforaciones por espinas de pescado.

CP038) HEMOPERITONEO MASIVO TRAS INSERCIÓN DE TUBO DE DRENAJE TORÁCICO

AA Maestu Fonseca, J Varela Recio, S Cerrato Delgado, A Fierro Aguilar, MD Casado Maestre, MJ Castro Santiago, JM Pacheco García

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: El trauma hepático es una entidad clínica que puede requerir tratamiento quirúrgico urgente y se debe conocer bien su manejo y complicaciones. Describimos caso de hemoperitoneo tras drenaje pleural.

Caso clínico: Paciente mujer de 49 años que ingresa para recambio de válvula mitral por disfunción. Presentó taponamiento cardiaco por lo que fue reintervenida.

En el postoperatorio persistió atelectasia en LID y derrame pleural derecho de moderada cuantía, y decidió colocar tubo de tórax ante posible hemotórax retenido. El primer tubo de drenaje pleural no obtiene salida de contenido. Se retira y se coloca segundo tubo de drenaje obteniéndose material hemático. En las horas posteriores la paciente se hipotensa, presenta distensión abdominal y amenización progresiva. Se realiza TC abdominal (imagen 1) observándose hemoperitoneo y sangrado activo con parénquima hepático lacerado. Fue intervenida hallándose un hemoperitoneo masivo, laceración con sangrado activo en unión de segmentos VI-VII y sangrado de una arteria intercostal.

Se realiza cirugía de control de daños, colocándose six-packing perihepático. A las 48 horas se realiza TC de abdomen no observándose sangrado activo y se retira packing. Durante la intervención se realiza toracocentesis transdiafragmática obteniéndose 250 cc de líquido hemático-seroso. Al día siguiente presentó neumotórax derecho completo y se colocó Pleurecath en 2º espacio intercostal en línea media clavicular. El postoperatorio fue favorable pudiendo ser dada de alta y sin requerir reingresos.

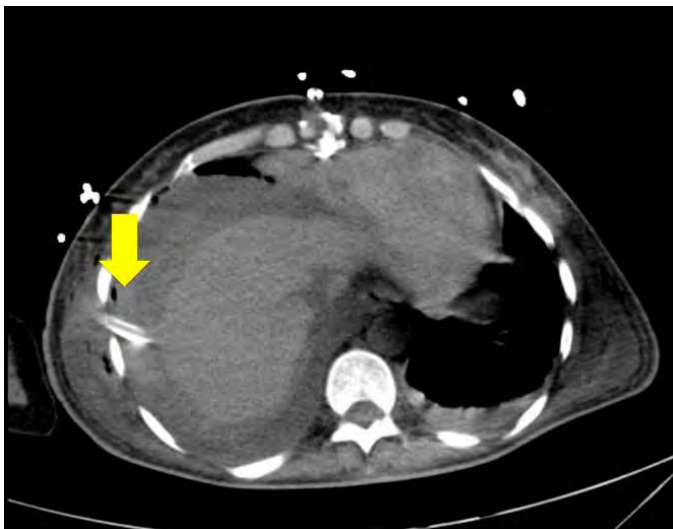


Figura 1 Se observa trayecto de tubo de tórax junto con hematoma hepático.

Discusión: El hígado es el órgano que más dañado tras un trauma. La American Association for the Surgery of Trauma (ASST) distingue 6 grados. Otras causas de rotura hepática son el embarazo, anticoagulación, enfermedades del tejido conectivo, infiltración hepática o carcinomas hepatocelulares (3), secundario a tos (4) o RCP (5).

La ecografía abdominal, el TC abdominal, el angioTc y la RMN son útiles en el diagnóstico. La TC evalúa la gravedad de la lesión hepática y del hemoperitoneo.

En pacientes con estabilidad hemodinámica el manejo conservador es de elección (80% de los casos). En los casos de traumas complejos, con lesiones asociadas de otros órganos o con inestabilidad es necesaria la intervención quirúrgica. En el 80-85% de los que requieren cirugía, la hemorragia se controla mediante electrocoagulación, sutura-ligadura de vasos sangrantes o con agentes hemostáticos. El packing está indicado en caso de hemorragia no controlable y en la cirugía de control de daños. La angioembolización es de gran utilidad en el tratamiento. En el postoperatorio las complicaciones más frecuentes son el resangrado, la fuga biliar y la isquemia hepática tras la angioembolización.

CP039. HEMOPERITONEO SECUNDARIO A TORSIÓN DE VASOS EPILOICOS ANÓMALOS

A Alberca Páramo, T Robles Quesada, L Pico Sánchez, JA Blanco Elena

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: El abdomen agudo es un síndrome que requiere actuación rápida y tratamiento urgente.

Caso clínico: Varón de 77 años, obeso e hipertenso que ingresa para estudio por dolor abdominal difuso y estreñimiento de 3-4 días de evolución. Tras 24 horas de ingreso el paciente continúa con dolor abdominal de creciente intensidad que se asocia a sudoración profusa sugestivo de shock hipovolémico. Se realiza un TC abdominoperineal urgente con contraste intravenoso que muestra líquido libre en moderada cuantía con áreas de mayor densidad en región perigástrica y periesplénica que sugieren hemoperitoneo. En el omento mayor se observa un vaso anómalo, mal definido probablemente venoso como origen del proceso. Ante dichos hallazgos se realiza laparotomía urgente, durante la cual se objetivó 2000 ml de contenido hemático y torsión del epiplón. Se realizó sección del omento mayor con cese de causa de sangrado. Se procedió al cierre de laparotomía y colocación de drenajes. Tras la intervención el paciente evolucionó favorablemente siendo dado de alta al 6º día postoperatorio.

Discusión: El abdomen agudo se manifiesta como dolor abdominal cuyos signos y síntomas dependen de la causa que lo provoque. Las causas más frecuentes son: obstructivas, inflamatorias y vasculares. El infarto agudo de miocardio, neumonía del lóbulo inferior, gastroenteritis aguda, también pueden causar falsos cuadros de abdomen agudo. El hemoperitoneo espontáneo es una causa infrecuente de abdomen agudo.

El epiplón es una estructura endomesodérmica rica en tejido graso y linfático e irrigada por las arterias epiploicas (izquierda y derecha), la gastroduodenal y la esplénica. No tiene función específica, aunque suele ser el primer elemento de defensa ante cualquier agresión intraabdominal, limitando así la inflamación y restringiendo la contaminación y a veces incluso ocluyendo perforaciones intestinales.

La torsión del epiplón puede ser primaria (un tercio de los casos) y suele ocurrir en la porción distal de la arteria epiploica derecha asociándose a cambios bruscos de posición, ingesta copiosa de alimento y trauma menor del abdomen como en la obesidad. También puede deberse a malformaciones estructurales de los vasos epiploicos, ingurgitación sanguínea o epiplón bífido. La torsión epiploica es más frecuente en hombres adultos con sobrepeso. También podemos encontrar torsiones epiploicas secundarias a una patología de base, tratamiento o traumatismo previo.

La clínica suele ser dolor abdominal, fiebre, vómito y cierta elevación leucocitaria.

Ante un abdomen agudo se suelen realizar ecografía o TC, en la torsión de epiplón objetivaremos una masa intraabdominal, ovoide e hiperecoica.

El tratamiento del hemoperitoneo será quirúrgico: laparoscópico o laparotómico.

CP040. HEMORRAGIA SUPRARRENAL BILATERAL, UNA ENTIDAD EXTREMADAMENTE RARA Y POTENCIALMENTE MORTAL.

B de Soto Cardenal¹, SP de Lebrusant Fernández², G Gil Alonso¹, C Dominguez Sánchez¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Merced, Osuna

²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: La hemorragia suprarrenal bilateral es una entidad extremadamente rara y potencialmente mortal, por lo que es de especial importancia sospechar su aparición de forma precoz para poder aplicar un tratamiento eficaz lo antes posible evitando sus posibles complicaciones. En la antigüedad la mayor parte de estos casos eran diagnosticados de forma tardía en las necropsias, sin embargo, hoy en día el aumento de la sospecha y mayor acceso a pruebas complementarias ha permitido un aumento del diagnóstico.

Caso clínico: Paciente varón de 75 años de edad que ingresa de forma urgente con cuadro clínico compatible con obstrucción intestinal secundaria a tumoración estenosante de colon transverso. Ante los hallazgos se procedió a intervención urgente realizándose hemicolectomía derecha ampliada e ileostomía terminal dada la inestabilidad intraoperatoria del paciente con necesidad de aminas. El postoperatorio inicial transcurrió en la Unidad de Cuidados Intensivos donde presentó una evolución favorable, pasando a planta de cirugía al 4º día y siendo dado de alta hospitalaria sin incidencias en su evolución el día 13 del postoperatorio.

Tras el alta, en su domicilio el paciente comenzó con cuadro de obnubilación por lo que se remite a urgencias donde se realizó analítica urgente y TAC de abdomen para descartar una complicación intraabdominal, con hallazgos en los mismos de hiponatremia e imágenes en TAC compatibles con una hemorragia suprarrenal bilateral, por lo que el paciente ingresó en la Unidad de Cuidados

Intensivos donde presentó una evolución clínica favorable tras iniciar tratamiento,

con pase a planta de medicina interna y alta a domicilio.

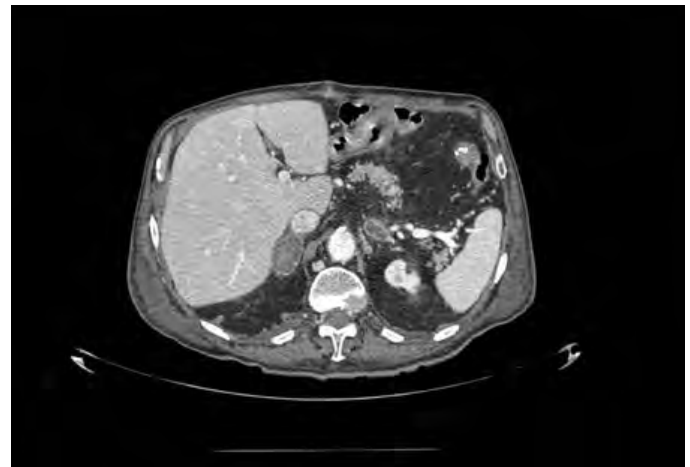


Figura 1

Hemorragia suprarrenal bilateral .

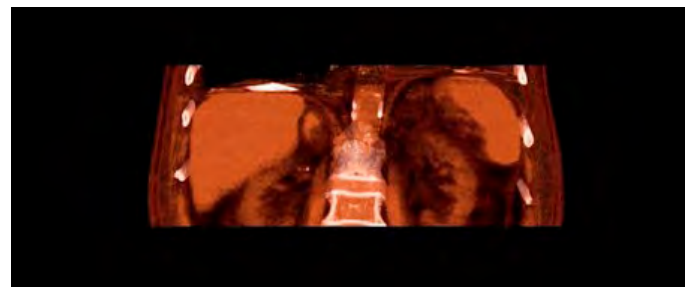


Figura 2

Hemorragia suprarrenal bilateral.

Discusión: La hemorragia suprarrenal bilateral es una entidad poco frecuente que puede poner en peligro la supervivencia del paciente. La etiología responsable de la misma es variada, y entre ellas se encuentra el estrés que puede suponer una intervención quirúrgica, aunque lo más frecuente es verla de forma secundaria a cuadros sépticos. La clínica con la que suelen manifestarse es inespecífica, con cuadros clínicos de hipotensión, hipoglucemia, hiponatremia, dolor abdominal, etc, lo que hace difícil su diagnóstico, siendo el mismo en ocasiones un hallazgo incidental tras un TAC de abdomen solicitado por sospecha de una complicación intraabdominal, el cual se confirmará mediante una determinación hormonal. Por todo esto es muy importante mantener una alta sospecha e iniciar un tratamiento sustitutivo lo antes posible.

CP041. HERNIA DE AMYAND: ESTADIAJE Y TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO

J Gavilán Parras, S MacMathuna, W Sánchez Bautista, E Muñoz Caracuel, S Martín Arroyo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: La hernia inguinal es una de las patologías quirúrgicas más frecuentes de nuestro medio, sin embargo, existen múltiples variaciones capaces de modificar su complejidad técnica. Uno de estos tipos es la hernia de Amyand, descrita en 1765 por este cirujano que observó que en niños de menos de diez años en ocasiones el paquete herniario incluía el apéndice cecal.

Caso clínico: Varón de 87 años que acude a urgencias porque tras un traumatismo domiciliario le ha aparecido en la región inguinal derecha una tumoración irreductible, a la exploración se trata de una tumoración dura, dolorosa a la palpación que efectivamente parece tratarse de una hernia encarcerada. Se ingresa en cirugía para Iq de urgencia.

Se decide realizar una hernioplastia de Litchenstein, pero tras realizar la apertura del saco herniario se observa que en su interior se encuentra el apéndice cecal con signos de inflamación. Se realiza una laparotomía media infraumbilical para realizar la apendicectomía, posteriormente se realiza la hernioplastia con colocación de malla según técnica de Litchenstein.

El enfermo presentó una aceptable evolución posoperatoria y fue dado de alta al quinto día, aunque presentó infección de la herida quirúrgica inguinal que requirió curas domiciliarias durante tres semanas.

Clasificación	Características	Tratamiento
Tipo 1	Apéndice normal	Reducción herniaria y hernioplastia
Tipo 2	Apendicitis aguda sin sepsis	Apendicectomía y reparación inguinal sin malla
Tipo 3	Apendicitis aguda con sepsis abdominal	Laparotomía media, apendicectomía y reparación inguinal sin malla
Tipo 4	Apendicitis aguda con sepsis en un paciente con otra patología concomitante	Igual que tipo 3 y manejo de su patología

Tabla 1
Clasificación de Losanoff y Basson.

Discusión: La aparición de hernias de amyand es especialmente infrecuente, apareciendo en menos del 1% de los casos de hernia inguinal y es algo más frecuente en niños donde fue inicialmente descrita. La reparación deberá realizarse con o sin malla según el apéndice muestre o no características inflamatorias. En nuestro caso realizamos una reparación con malla que no era la más adecuada por su proceso infeccioso. La clasificación de Losanof y Basson que se puede ver en la **tabla 1** expone de forma sencilla las indicaciones terapéuticas para este tipo de hernia y prevenir complicaciones posoperatorias.



Figura 1
Apéndice flemonoso contenido en el saco inguinal.

CP042. HERNIA DE GARENGEOT. DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO

JJ Pereira Grillo, B Cantarero Jiménez, IM Muñoz Nuñez, I Plata Pérez

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril

Introducción: La hernia de Garegeot es una entidad infrecuente dentro de las hernias abdominales, descrita por vez primera en 1731 por el cirujano parisino Rene Jacques Croissant de Garegeot, cuya forma de presentación es una hernia crural encarcerada con el apéndice cecal en su interior. A continuación, describimos un caso diagnosticado y tratado en nuestro hospital.

Caso clínico: Mujer de 60 años, con antecedente de hipertensión arterial, que presenta tumoración inguinal dolorosa de tres días de evolución, sin náuseas, vómitos ni alteraciones del tránsito intestinal. En la exploración se evidencia hernia crural derecha encarcerada, con dolor que no cede con analgésicos.

Se interviene de urgencia realizando apertura controlada del saco herniario, encontrando en su interior el apéndice cecal sin signos aparentes de inflamación ni sufrimiento vascular (Figura 1). Se practica apendicectomía y herniorrafia crural sin complicaciones. La anatomía patológica informa de apendicitis aguda leve. La paciente tuvo una recuperación satisfactoria y fue dada de alta al tercer día postoperatorio.



Figura 1

Apertura de saco con apéndice cecal protruyendo por orificio herniario.

Se somete por parte de Cirugía Torácica a resección por videotoroscopia de dicha lesión. Al 2º día postoperatorio presenta cuadro de desaturación y dolor torácico con los hallazgos radiológicos visualizados en Figuras 1 y 2.

Con dichos hallazgos se traslada a quirófano para cirugía emergente realizándose laparotomía media con reducción del contenido herniario (estómago y colon transverso) y resección atípica gástrica por parche isquémico. Reparación de diafragma con puntos sueltos de Prolene® y con colocación de malla Omyra® fijada con Absorbatack® y Tissucol® (Figura 3).

Resultados AP: No evidencia de neoplasia. Nódulo fibroso transpleural con proliferación vascular reactiva.

Posteriormente es revisado en consultas externas y no presenta complicación alguna, encontrándose asintomático a los 12 meses de la intervención.

Discusión: La hernia crural es una entidad más frecuente en mujeres que en hombres, con una tasa de complicación de un 15%, siendo mayor que las inguinales que oscilan entre el 6 y 10%. Respecto de las hernias crurales con episodios de encarceración, solo el 0.9% contienen el apéndice en su interior. El diagnóstico suele realizarse intraoperatoriamente, y es habitual que el apéndice muestre signos inflamatorios producidos por la estrechez del canal crural simulando una apendicitis aguda, pero sin peritonitis ni alteraciones del tránsito intestinal.

El tratamiento más aceptado es la apendicectomía, independientemente del estado macroscópico del apéndice cecal, y reparación inmediata de la hernia con o sin material protésico, si bien es cierto que la mayoría de autores aboga por no utilizarlo para evitar complicaciones infecciosas del mismo.



Figura 1

Radiografía tórax: herniación de vísceras abdominales a cavidad torácica con desplazamiento mediastínico.

CP043. HERNIA DIAFRAGMÁTICA GIGANTE IATROGÉNICA TRAS RESECCIÓN DE LESIÓN PLEURAL

J Santoyo Villalba, MC Montes Osuna, M Domínguez Bastante, B Espadas Padial, JM Villar del Moral

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: La hernia diafragmática iatrogénica es una complicación poco frecuente tras cirugía torácica o abdominal. Suele cursar en el postoperatorio temprano como insuficiencia respiratoria aguda o más tardíamente como sintomatología digestiva secundaria a complicación intestinal (obstrucción, perforación, etc.) en la cavidad torácica.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 43 años sin antecedentes de interés, que tras estudio a raíz de dolor en costado izquierdo se realiza TC torácico que evidencia tumoración pleural de 4 x 1,2 cm que contacta con cúpula diafragmática. Se realiza biopsia

Discusión: Existen diversas presentaciones clínicas de las hernias diafragmáticas iatrogénicas. Las precoces suelen cursar con insuficiencia respiratoria aguda mientras que, en las tardías, la encarceración o la perforación, entre otras complicaciones, de los órganos herniados suele constituir el cuadro clínico de presentación.

La mortalidad de estos cuadros clínicos que precisan intervención de urgencia es alta, alcanzando el 80% según algunas series. En nuestro caso se realizó una reparación con malla tras reducción del contenido herniario por el tamaño del defecto.



Figura 2

TC tórax: "Dilatación del estómago (14cm) que se encuentra por encima del diafragma y que presenta una posible volvulación".

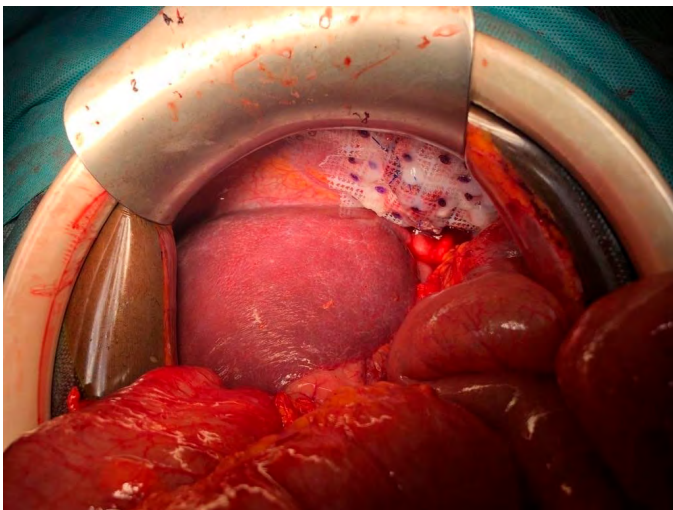


Figura 3

Resultado tras reparación quirúrgica.

CP044. HERNIA VESICAL INGUINOESCROTAL GIGANTE, DE LA DEJADEZ A LA CISTECTOMIA PARCIAL.

MT Robles Quesada, A Alberca Páramo, JA Blanco Elena, J Garcia Granados

Sección Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: La vejiga deslizada por el canal inguinal se denomina como hernia vesical. Una hernia vesical inguinoescrotal masiva se define cuando dicha estructura anatómica se encuentra herniada más del 50%. Se trata de una entidad infrecuente, y con una mayor incidencia en hombres, a partir de los cincuenta años. Su etiopatogenia se relaciona con la debilidad de la pared abdominal y la obstrucción de la salida del tracto urinario inferior. Se presenta un

caso con este tipo de hernia masiva irreductible como hallazgo en una cirugía de urgencias.

Caso clínico: Varón de 49 años, obeso, traído a urgencias, obligado por su familiar, por tumoración inguinoescrotal derecha de un año de evolución, irreductible, que las últimas 24 horas ha aumentado el dolor habitual. Ante la sospecha de hernia inguinoescrotal gigante encarcelada se decide intervención quirúrgica urgente

En la intervención, mediante incisión parainguinal, se realiza disección del saco herniario, y elementos del cordón. Al exponer el contenido de la hernia se evidencia cúpula vesical completamente herniada a canal inguinal con paredes vesicales engrosadas, crepitación y siendo imposible su reducción. Además, se evidencia dificultad para sondaje por cuadro de hipospadia y meato muy estrecho, con salida de material purulento por dicho orificio al producir presión sobre la hernia. Se consulta con urología ante dichos hallazgos

Se decide con urología la realización de incisión por línea media infraumbilical, accediendo a espacio de retzius. Se consigue la trasposición completa de la vejiga a este espacio desde canal inguinal. Ante la vejiga hipertrofica y edematosa se decide resección de cúpula vesical junto con peritoneo parietal. Se realiza posteriormente cierre de peritoneo y de vejiga con sutura continua en doble capa. Se comprueba estanqueidad de la vejiga.

Tras tiempo urológico, se realiza hernioplastia atípica con malla de PLP en orificio inguinal profundo, fijada con puntos sueltos. Se abandona testículo en escroto, fijándolo para evitar torsiones, y se cierra cremáster.



Figura 1

Hernia vesical.

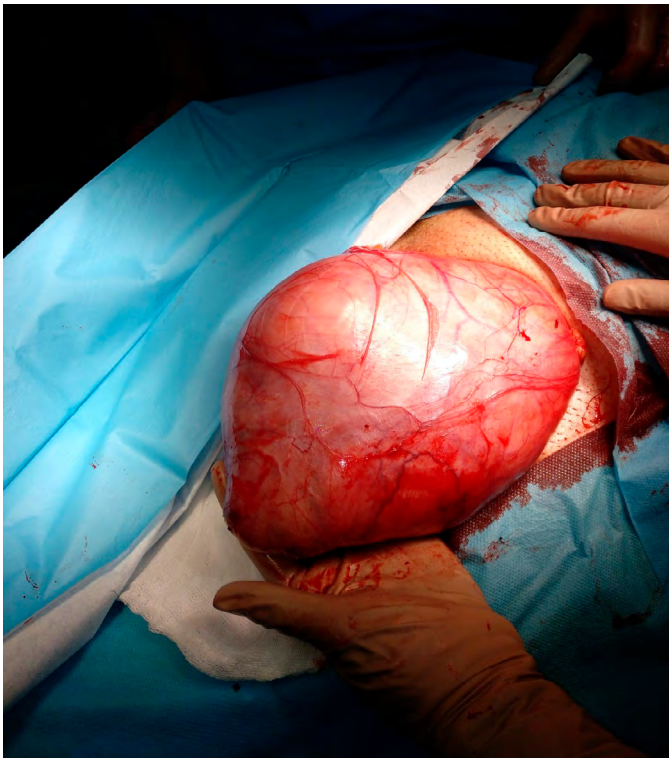


Figura 2
Hernia vesical disección.



Figura 4
Cistectomía parcial.

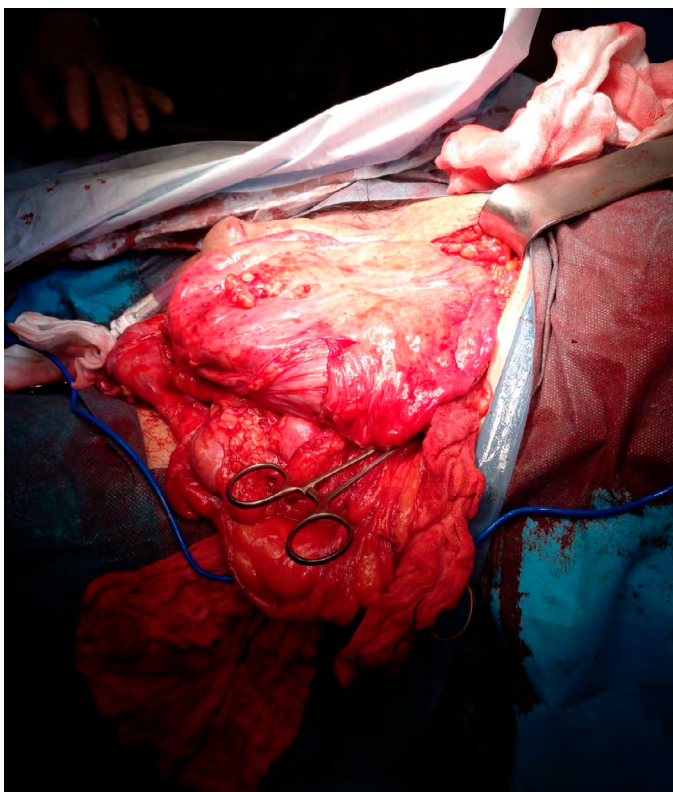


Figura 3
Vejiga hipertrófica irreductible.

El paciente evoluciona favorablemente, retirando sonda de orina al mes, tras comprobación mediante cistografía retrógrada la estanqueidad de la vejiga.

Discusión: Una completa historia clínica y un paciente colaborador es fundamental para prever hallazgos inesperados en cirugías de urgencia. Tener presente la posibilidad de hernia vesical en paciente con antecedentes de estenosis de meato e hipospadia en contexto de hernia inguinal. El signo de Mery (necesidad de comprimir la hernia para poder orinar) expresado previo a la cirugía y no su descubrimiento intraquirúrgico, podría haber hecho sospechar del contenido de la hernia.

CP045. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV2 EN LOS PATRONES DE CONSULTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LOS PACIENTES CON PATOLOGÍA ABDOMINAL QUIRÚRGICA URGENTE

A García León, S Dios Barbeito, D Aparicio Sánchez, E Perea del Pozo, F Pareja Ciuró, FJ Padillo Ruíz

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: Analizar el impacto de la pandemia por SARS-CoV2 en los patrones de consulta de los pacientes quirúrgicos atendidos en urgencias durante el periodo del primer brote de coronavirus en España.

Material y métodos: Estudio prospectivo sobre una base de datos retrospectiva de todos los pacientes ingresados o intervenidos en nuestro servicio de cirugía durante el periodo de estado de alarma en España por la pandemia COVID19: 11 de marzo de 2020 (declaración de la pandemia global por la OMS) al 17 de abril (declaración de la “desescalada” en España).

Se ha implementado el desarrollo de una encuesta telefónica con 5 ítems a través de los cuales se evalúa: si ha existido una demora en la consulta a urgencias por parte del paciente y el motivo subyacente; si el paciente percibió un retraso respecto a los tiempos habituales en el diagnóstico y tratamiento de su patología y la valoración global de la atención recibida.

CUESTIONARIO

1. En relación a su ingreso durante la pandemia por SARS-CoV2, ¿cree que debería haber acudido antes al servicio de urgencias?
 - Sí / No
2. En caso de haber respondido de forma afirmativa, ¿cuál considera que fue el motivo de su demora?
 - Consideración de patología banal que no precisaba de valoración hospitalaria urgente (1)
 - Valoración por Médico de Atención Primaria y ausencia de criterio de derivación al hospital (2)
 - Miedo a contagio por SARS-CoV2 (3)
 - Ausencia de medios para desplazarse al hospital (4)
 - Otros (5)
3. Una vez acudió al servicio de urgencias, ¿cree usted que hubo un retraso respecto a los tiempos habituales en el diagnóstico y tratamiento de su patología?
 - Sí / No
4. En caso de haber retraso, ¿cuál cree que ha sido el motivo?
 - Retraso en la atención en el servicio de urgencias (1)
 - Retraso en la realización de pruebas diagnósticas (2)
 - Retraso en la valoración por parte del cirujano (3)
 - Retraso en la realización de tratamiento (4)
 - Otros (5)
5. Valoración global de la atención recibida (1-10, 1 peor atención, 10 mejor atención):

Figura 1

Cuestionario.

Resultados: Incluimos a 73 pacientes, en su mayoría mujeres (41/73, 56,2%) y con una edad media de 56,49 ± 20,62 años.

40/73 (53,3%) pacientes consideraron que no deberían haber acudido antes al servicio de urgencias mientras que 33/73 (45,2%) pacientes reconocieron haber demorado la atención en el servicio de urgencias. Entre los motivos de la demora encontramos: 39,3% por miedo al contagio por SARS-CoV2, 25% por considerar que era una patología banal; 14,3% porque habían sido valorados por su MAP sin objetivarse criterios de derivación hospitalaria en ese momento; 21,4% por otros motivos.

En la valoración del funcionamiento del servicio de urgencias, 34/73 (58,6%) de los pacientes consideraron que la atención no sufrió ninguna demora respecto a los tiempos habituales en el diagnóstico y tratamiento de su patología y 15/73 (25,9%) consideraron que la asistencia había sido más rápida. 9/73 (15,5%) pacientes consideraron que sí existió demora en la atención y en concreto 5 respecto a la atención en urgencias y 4 en la realización de pruebas diagnósticas.

La valoración global fue contestada por 55 pacientes, el 26,3% de los pacientes puntuaron con ≤8 y el 73,7% de los pacientes puntuaron 9-10.

Conclusiones: Durante la primera oleada de la pandemia SARS-CoV2 en España, los pacientes ingresados en el servicio de cirugía de nuestro hospital no percibieron haber demorado su asistencia a urgencias ni un mayor retraso en los tiempos de atención en el servicio de urgencias. La valoración global de su atención fue en su mayoría de 9 ó 10 sobre 10.

CP046. IMPORTANCIA DE LA COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN EL MANEJO DE LA COLECISTITIS AGUDA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID19

M Arteaga Ledesma, E Fernández Segovia, MA Herrero Torres, C Acosta Gallardo, MH Mohamed Chairi, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: La colecistitis aguda es una enfermedad inflamatoria de la vesícula biliar cuyo tratamiento gold estándar es la colecistectomía laparoscópica. Si bien, no siempre es posible el tratamiento quirúrgico invasivo.

Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de colecistitis aguda muy evolucionada tratada de forma percutánea.

Caso clínico: Paciente varón de 84 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, tromboembolismo pulmonar y fibrilación auricular anticoagulada con apixabán, que acudió a urgencias por dolor en hipocondrio derecho de tipo cólico de un mes de evolución con intensificación en las doce horas previas, asociado a anorexia, vómitos y febrícula. A la exploración, se encontraba hemodinámicamente estable y afebril; con abdomen globuloso, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo. Analíticamente destacaba aumento de proteína C reactiva (280 mg/L) y resto sin alteraciones significativas. Reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para identificación de infección por coronavirus (Covid-19) negativa. Se realizó tomografía computarizada (TC) urgente que informó de colecistitis gangrenosa de causa litiásica evolucionada (vesícula de 12x4,5 cm) con pseudocolecciones perivesiculares que podrían estar en relación con perforación contenida o abscesos (colecistitis aguda grado II según los criterios de gravedad basados en la guía de Tokio 2018).

Ante los hallazgos de la prueba de imagen, y dada la edad, comorbilidades y estabilidad clínica del paciente, se realizó colecistostomía percutánea guiada por ecografía, evidenciándose salida de material biliopurulento. El estudio microbiológico del mismo informó de crecimiento de streptococcus anginosus multisensible.

El paciente presentó buena evolución tras el procedimiento, siendo dado de alta al 8ª día de ingreso previa retirada de drenaje.

Discusión: La colecistostomía percutánea es un procedimiento terapéutico que consiste en posicionar un catéter de drenaje en el interior de la vesícula biliar mediante control de imagen. Su indicación más frecuente es la colecistitis aguda grave, principalmente en pacientes que presentan grandes comorbilidades.

Debido a la situación epidemiológica actual ocasionada por la pandemia de Covid-19 y el miedo de la población, muchas patologías abdominales con tratamiento quirúrgico como primera elección están viendo demorado el diagnóstico. El abordaje percutáneo ofrece importantes ventajas en los casos muy evolucionados. Se trata de una técnica rápida, sin necesidad de anestesia general, con baja tasa de complicaciones, útil como terapia puente para la cirugía electiva, y con tasa de éxito superior al 95%.

CP047. INFERTILIDAD, DISMENORREA Y DOLOR PÉLVICO CRÓNICO. ANTECEDENTES IMPORTANTES EN CIRUGÍA GENERAL.

DA Diaz Candelas, MD Picardo Gomendio, B Gonzalez Sierra, R de la Plaza Llamas, V Arteaga Peralta, JM Garcia Gil, IA Gemio del Rey, A Medina Velasco

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

Introducción: La endometriosis es la existencia de estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. Es de localización pélvica, pero puede presentarse en otras zonas como el intestino, diafragma, pleura, entre otras. Es una patología benigna pero la inflamación y el crecimiento de dicho tejido endometrial causa dismenorrea, dispareunia, dolor crónico, infertilidad y en casos raros, obstrucción intestinal. El diagnóstico definitivo se realiza mediante la toma de biopsia. El tratamiento varía según sea el caso y los síntomas asociados; pudiendo emplearse analgésicos antiinflamatorios, hormonoterapia, reproducción asistida o cirugía.

Caso clínico: Mujer de 38 años antecedente de dolor leve-moderado pélvico de años de evolución, dismenorrea y gestación por inseminación artificial a los 35 años por infertilidad. Acudió a urgencias por cuadro de obstrucción intestinal caracterizado por vómitos bilioentéricos (5-6 de moderada cantidad) acompañados de dolor y distensión abdominal progresiva de 24 horas de evolución. En la exploración física presentó abdomen distendido y timpanismo generalizado sin peritonismo y sin palpar hernias de la pared. En la analítica leucocitosis(12300/ μ L); neutrofilia87%, proteínaC reactiva35 mg/L. Rx simple de abdomen donde se visualizó dilatación de asas de intestino delgado con presencia de gas distal (**Figura 1**). En TC donde se constató cuadro obstructivo por un cambio de calibre a nivel de íleon terminal justificado por lo que podría ser una brida/adherencia a dicho nivel (**Figura 2**). Se realizó laparotomía exploradora urgente. Se visualizó varios implantes subcentimétricos en cara posterior de útero y anejos concordante con endometriosis pélvica, además, tumoración de 2cm próxima a la válvula ileocecal que causaba obstrucción completa de la luz intestinal y condicionaba dilatación retrógrada de todo el intestino delgado. Se realizó resección ileocecal con anastomosis ileocólica. El postoperatorio transcurrió sin

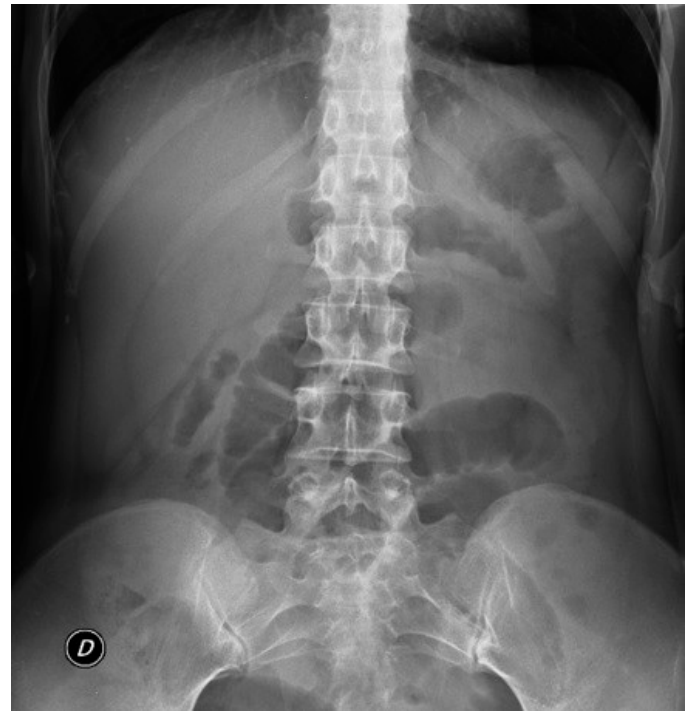


Figura 1
Radiografía de abdomen. Dilatación distal de asas de intestino delgado.



Figura 2
TC axial donde se visualiza cambio de calibre a nivel de la válvula ileocecal.

complicaciones siendo dada de alta al cuarto día postoperatorio. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica demostró la presencia de una lesión quística de 2cm en la pared intestinal, revestida por un epitelio cilíndrico de aspecto proliferativo que se asentaba sobre un estroma denso con abundantes zonas de hemorragias, diagnóstico de endometrioma. El postoperatorio transcurrió sin incidencias siendo dada de alta al cuarto día.

Discusión: Los antecedentes de infertilidad, dispareunia, dismenorrea o dolor pélvico crónico son claves para la sospecha de endometriosis. La obstrucción intestinal por endometrioma es una causa mecánica inusual, sin embargo, en el contexto clínico de nuestra paciente se pudo dentro de los diagnósticos diferenciales. Por ello, debemos recordar incluir estos antecedentes en nuestra valoración inicial.

CP048. LA FASCITIS NECROTIZANTE, UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA

S Martín Arroyo, R Estepa Cabello, E Muñoz Caracuel, W Sánchez Bautista, E Gutiérrez Cafranga

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: El inicio inespecífico y la rápida evolución de la fascitis necrotizante hacen que sea necesaria su rápida identificación y tratamiento.

Se trata de una infección que afecta al TCSC, fascia y músculo, considerándose la forma más grave de infección de partes blandas. Pero en la práctica diaria suele ser una patología que, al no sospecharse, no es valorada por cirugía desde el inicio.

Como nuestro caso, un paciente joven sin patologías previas con un único antecedente de herida incisa hace dos semanas en primer dedo de mano izquierda con apuro de labranza, en tratamiento con antibiótico oral.

Su incidencia estimada es de 0,4/100.000, con una mortalidad de entre el 30-70%.

Caso clínico: Varón de 38 años, sin antecedentes, que acude a urgencias por síncope en el contexto de cuadro emético y diarreico de cuatro días de evolución con fiebre de 39º. La exploración física es anodina. Analíticamente con PCR elevada, leucocitosis y neutrofilia. Se comienza tratamiento antibiótico y se realiza TAC que evidencia engrosamiento de la grasa y de planos profundos, que se extiende a planos grasos de musculatura pectoral, intercostal y de flanco izquierdo.

Ante inestabilidad clínica y empeoramiento analítico se realiza drenaje amplio de pared torácica anterior izquierda en el quirófano.

El microorganismo aislado en el cultivo fue *Streptococo pyogenes*.

Tras 24 primeras horas críticas con hemodiálisis y vasoactivos a dosis altas, el paciente evoluciona favorablemente. Permanece con curas cada 12 horas y se realiza revisión en el quirófano a las 48 horas.

Tras 10 días en UCI, es trasladado a planta y dado de alta al decimotercer día postoperatorio.

La revisión al mes evidenció una evolución favorable, con una disminución de la movilidad en el brazo izquierdo como única secuela, en tratamiento con rehabilitación.

Discusión: La fascitis necrotizante afecta con mayor frecuencia a abdomen, periné y extremidades, originándose muy raramente en la pared torácica.

Es una patología con una incidencia cada vez mayor y con empeoramiento muy rápido y en muchas ocasiones, fatal para el paciente. Por tanto, es muy importante tenerlo en cuenta ya que el tratamiento precoz con antibioterapia, soporte intensivo y, sobre todo, desbridamiento quirúrgico es crucial para la supervivencia del

paciente. La cirugía debe ser agresiva, con desbridamiento quirúrgico extenso y toma de muestra para cultivo, crucial para poder dirigir la antibioterapia posterior. Las revisiones en el quirófano se realizarán las veces que sean necesaria hasta conseguir eliminar todo el tejido necrótico y el control de la infección local.

CP049. LAPAROSCOPIA EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO ESTABLE ¿ES UNA OPCIÓN?

C Monje Salazar, E Corrales Valero, LC Hinojosa Arco, EA Buendía Pena, FJ Fernández Garcia

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: El abordaje laparoscópico en el paciente politraumatizado estable está cada vez más claro y extendido. Esta exploración es más usada actualmente en el paciente con trauma abdominal penetrante, existiendo mayores reticencias en el trauma abdominal cerrado, por su mayor morbimortalidad y la creencia de que pudiera aumentar el riesgo de lesiones que puedan pasar desapercibidas, que actualmente suponen un 0,4%.

Caso clínico: Varón de 25 años que ingresa como código trauma tras accidente de moto a baja velocidad. Presenta constantes estables (TA 136/84, FC 65lpm), abdomen levemente doloroso a la palpación en hipogastrio y deformidad en miembro superior izquierdo.

Ante la estabilidad hemodinámica se solicita body-TC, en el que se objetiva escasa cuantía de líquido libre intraabdominal, pequeñas burbujas de neumoperitoneo en hipogastrio-mesogastrio y fosa iliaca izquierda, y engrosamiento mural del colon descendente y ángulo hepático, sugestivos de hematoma.

Debido a la disociación clínico-radiológica (por tratarse de un traumatismo a baja velocidad, con paciente estable hemodinámicamente, mejoría del dolor...) se decide exploración mediante laparoscopia diagnóstica +/- terapéutica.

Se aprecia escaso hemoperitoneo, perforación de yeyuno distal, hematoma en mesocolon y colon derecho con signos de isquemia transmural; además de una brida congénita que aparentemente habría favorecido las lesiones. Ante estos hallazgos se reconvierte a laparotomía media para hemicolectomía derecha y reparación yeyunal.

Discusión: Si bien en nuestro caso fue necesaria la reconversión por la complejidad de las lesiones, el abordaje laparoscópico es seguro en traumatismo abdominal con paciente estable.

Aunque la tasa de reconversión recogida en la bibliografía es aún elevada (4-47%), resulta una herramienta útil en aquellos pacientes con diagnóstico incierto, pudiendo evitar hasta un 27% de las laparotomías exploradoras en blanco. Las causas más frecuentes de reconversión son el sangrado no controlable de forma rápida, las lesiones múltiples y complejas, la inestabilidad hemodinámica y una visibilidad pobre. El mecanismo lesional también influye en la tasa de

reconversión, siendo más alto en los politraumas por accidente de tráfico que en las agresiones.

Es necesario para evitar lesiones desapercibidas una revisión sistemática de toda la cavidad abdominal. Esto es posible gracias a la mejora en los equipos de laparoscopia, así como a la creciente experiencia de los cirujanos que han conseguido que este procedimiento sea seguro, eficaz y permita una recuperación más rápida y menor estancia media del paciente en casos en los que no se encuentren lesiones, o éstas sean menores.

CP050. LESIONES ANORRECTALES TRAUMÁTICAS: REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO DE PERFORACIÓN PERINEAL POR CUERPO EXTRAÑO.

E Calcerrada Alises¹, R Vitón Herrero¹, P Ciriano Hernández¹, MÁ Gil Olarte¹, I Calcerrada Alises², R Picón Rodríguez¹, J Martín Fernández¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. ²Servicio Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Medina del Campo, Medina del Campo

Introducción: Las lesiones anorrectales son poco frecuentes, pero pueden asociar lesiones muy graves siendo necesario aplicar en ocasiones el protocolo del paciente politraumatizado. Requieren una atención individualizada, ya que el tratamiento diferirá según la región afectada (intra o extraperitoneal) y el grado de destrucción tisular.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 39 años, obrero, sin antecedentes de interés, con traumatismo perineal por una barra de hierro consecuencia de accidente laboral. Se encuentra estable hemodinámicamente, presenta la barra clavada y no hay sangrado activo. En TAC se observa trayecto ascendente, paralelo al recto, con dudosa lesión peritoneal. Se decide extracción en quirófano bajo visión directa de laparoscopia, descartando lesión intraperitoneal. Se extrae la barra sin sangrado, se descarta lesión rectal extraperitoneal y se lava y cura la herida. Buena evolución postoperatoria, sin secuelas, dado de alta al sexto día con tratamiento antibiótico.

Discusión: El trauma anorrectal produce lesiones de diversos grados o asociadas a lesiones de otros órganos. Debe aplicarse el protocolo del paciente politraumatizado. La prevalencia en España es de 1-2 casos/100.000 habitantes/año y la incidencia entre el 1-5%. La causa son lesiones accidentales (tráfico, caídas, asta de toro), iatrogénicas y cuerpos extraños.

Diagnóstico mediante exploración y pruebas complementarias (analítica, radiológicas, rectosigmoidoscopia, exploración quirúrgica).

En caso de lesión rectal intraperitoneal existirán signos de peritonitis. La lesión extraperitoneal puede no causar síntomas de inicio. TAC es la mejor prueba de imagen, con triple contraste (oral, iv y rectal).



Figura 1 Imagen de TAC coronal en la que se observa el cuerpo extraño paralelo al recto.

La escala más utilizada es la Rectal Organ Injure Scale (ROIS), que va desde contusión simple a devascularización (I-V).

Tratamiento, distinguimos tres grupos de lesiones: rectal intraperitoneal, que se tratan como las lesiones de colon (reparación primaria, resección y anastomosis o estoma derivativo (Hartmann)), rectal extraperitoneal (desbridamiento y reparación o colostomía), anal (reparación y/o colostomía).

Las bases del tratamiento derivan de la experiencia en conflictos bélicos. Clásicamente se han contemplado las cuatro "D" (desbridamiento, drenaje presacro, derivación fecal y lavado distal). Actualmente existe controversia. La colostomía puede añadir dificultades a la reconstrucción futura. El drenaje presacro solo parece beneficioso en lesiones muy destructivas. El lavado distal de recto de forma sistemática puede disminuir la carga fecal en lesiones

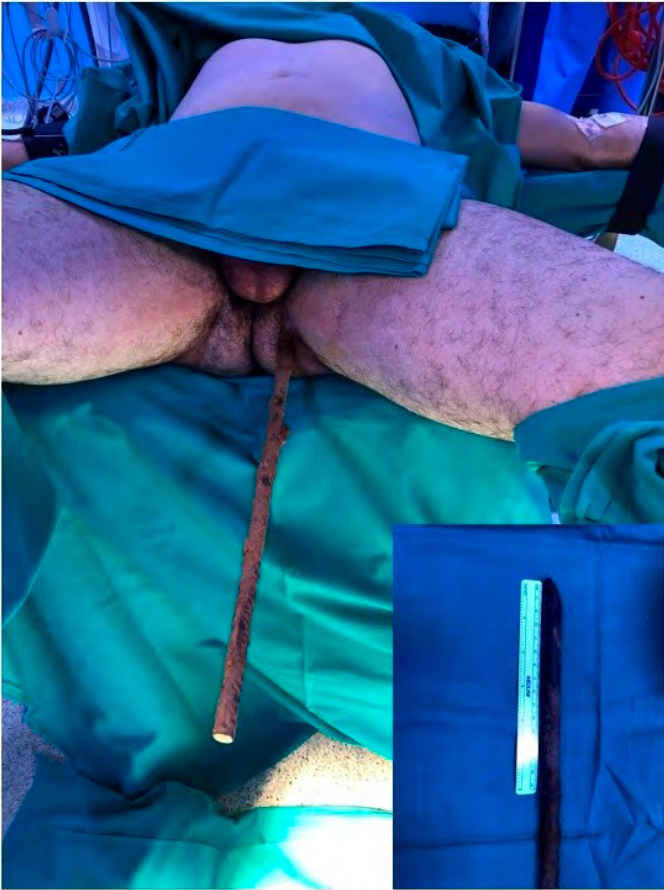


Figura 2 Imagen en la que se observa el cuerpo extraño y tras su extracción.

muy destructivas, pero puede aumentar las complicaciones sépticas en lesiones con poca destrucción.

Por tanto, el tratamiento debe adaptarse al tipo de lesión anorrectal y el grado de destrucción tisular, no siendo necesario siempre realizar las cuatro "D".

CP051. LINFAGIOMA QUÍSTICO ABDOMINAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO

C Acosta Gallardo, MA Herrero Torres, M Arteaga Ledesma, MJ Álvarez Martín, JM Villar del Moral

Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: Los linfangiomas son tumores benignos de los vasos linfáticos, siendo una patología infrecuente. La gran mayoría se localización en el tejido subcutáneo de cabeza, cuello y axila, siendo la localización intraabdominal una excepción.

Se presenta a continuación un caso inusual en la literatura.

Caso clínico: Paciente mujer de 35 años que ingresó en el servicio de Ginecología por dolor no controlado y distensión abdominal de 3 semanas de evolución. En la ecografía transvaginal se detectó una masa anexial de gran tamaño, completándose el estudio con una resonancia magnética que informó de una voluminosa masa quística centroabdominal con características radiológicas de benignidad compatible en primer lugar con cistoadenoma seroso exofítico de ovario derecho.

Tras los hallazgos en la imagen y la clínica de la paciente se programó la cirugía. Inicialmente, mediante abordaje por vía laparoscópica, por parte del servicio de Ginecología. Se halló una masa gigante quística subserosa bien delimitada dependiente de una amplia base de implantación a nivel del mesenterio de yeyuno proximal y medio. Durante la cirugía se produjo la apertura accidental del mismo con salida de contenido quiloso, por lo que se avisó al equipo de guardia de Cirugía General y se reconvirtió a laparotomía, realizándose exéresis completa de la lesión. El postoperatorio cursó sin incidencias, dándose de alta al quinto día. El estudio histológico confirmó el diagnóstico del linfagioma quístico benigno.

La paciente continuó con sus revisiones periódicas, sin evidencia de recidiva local.

Discusión: EL linfagioma quístico es una malformación del sistema linfático de carácter benigno y generalmente de estructura quística.

Es una patología difícil de diagnosticar dado que no produce un cuadro clínico típico. Generalmente los síntomas son secundarios a la compresión que produce la masa en órganos intraabdominales: náuseas, vómitos, obstrucción intestinal, entre otros. Más raramente se pueden deber a complicaciones del tumor, torsión o ruptura de este, con infección secundaria. Para el diagnóstico en la gran mayoría de los casos se requiere de una prueba de imagen, ecografía o tomografía computarizada abdominal.

El tratamiento de elección es quirúrgico, siendo el diagnóstico definitivo el aportado por el estudio histológico.

El pronóstico depende de la cirugía, siendo excelente si la cirugía es completa. En el caso contrario, el riesgo de recidiva local aumenta, del mismo modo que en los casos de apertura del tumor. Además, este último incidente asocia un aumento del riesgo de complicaciones postoperatorias, como los abscesos intraabdominales. Por tanto, es imprescindible el seguimiento de estos pacientes.

CP052. LIPOMA MESENTÉRICO GIGANTE COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

A Román Rando, G Jiménez Riera, A García Vico, VD Briceño Aguero

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: Los lipomas Intraabdominales son una enfermedad rara e infrecuentemente reportada. Incluso entre los lipomas

mesentéricos primarios existen menos de 50 casos reportados en la literatura. Este tumor de carácter benigno aparece con mayor frecuencia a nivel del tejido celular subcutáneo, apareciendo en 5 de cada 10 pacientes que consultan por tumores benignos de partes blandas. Su localización fuera de este área suele confundirse con otro tipo de lesiones como procesos linfoproliferativos (ej.:liposarcomas) o localizaciones ectópicas de otros órganos. Su evolución es generalmente silente, dando síntomas relacionados con su crecimiento como un síndrome compartimental, o porque sirven como causa subyacente para provocar una complicación tipo abdomen agudo.

Caso clínico: Se trata de un varón de 59 años sin antecedentes personales quirúrgicos que acude a urgencias por dolor abdominal y cese de las deposiciones de tres días de evolución. Consultó en varias ocasiones por el mismo motivo en su centro de atención primaria siendo diagnosticado de estreñimiento, pero al ver que no cedía la sintomatología, decidió consultar en el servicio de urgencias hospitalario. El paciente presentaba tensión arterial de 70/50 mm Hg y una frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, abdomen distendido y con signos de irritación peritoneal ante lo que se decidió laparotomía exploradora urgente.

Durante la exploración se objetivó una tumoración pediculada, de unos 15 cm de diámetro, dependiente del borde mesentérico de yeyuno-ileon que condicionaba volvulación mesentérica e isquemia intestinal secundaria. Tras la devolvulación se recuperó completamente la perfusión de las asas afectadas. Se realizó resección segmentaria intestinal con márgenes de unos 10 cm, englobando la totalidad de los vasos nutricios de la tumoración. El estudio anatomopatológico reportó que la tumoración se trataba de un lipoma mesentérico.

Discusión: Los lipomas mesentéricos son tumores benignos, extremadamente raros, compuesto de células grasas maduras. Normalmente se manifiestan como masa abdominal asintomática, que pueden cursar con dolor y distensión abdominal progresiva secundaria a su crecimiento. El tamaño del tumor está directamente relacionado con el riesgo de complicaciones, como la obstrucción intestinal parcial o total resultante de la compresión directa o la torsión intestinal. El hallazgo de una masa radiolúcida intraperitoneal en la TC o RMN es el criterio de diagnóstico principal. El diagnóstico diferencial principal se realiza con neoplasias malignas como el lipoblastoma o el liposarcoma, que son mucho más frecuentes. Con respecto al tratamiento, aunque no existen datos de transformación maligna, se recomienda la exéresis en bloque de la tumoración junto con el segmento intestinal del que depende.

CP053. LIPOMA MESENTÉRICO GIGANTE COMO CAUSA EXTRAORDINARIA DE ABDOMEN AGUDO

A Roman Rando, G Jiménez Riera, A Garcia Vico, VD Briceño Agüero

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: Los lipomas Intrabdominales son una enfermedad rara e infrecuentemente reportada. Incluso entre los lipomas mesentéricos primarios existen menos de 50 casos reportados en la literatura. Este tumor de carácter benigno aparece con mayor frecuencia a nivel del tejido celular subcutáneo, apareciendo en 5 de cada 10 pacientes que consultan por tumores benignos de partes blandas. Su localización fuera de este área suele confundirse con otro tipo de lesiones como procesos linfoproliferativos (ej.:liposarcomas) o localizaciones ectópicas de otros órganos. Su evolución es generalmente silente, dando síntomas relacionados con su crecimiento como un síndrome compartimental, o porque sirven como causa subyacente para provocar una complicación tipo abdomen agudo.

Caso clínico: Se trata de un varón de 59 años sin antecedentes personales quirúrgicos que acude a urgencias por dolor abdominal y cese de las deposiciones de tres días de evolución. Consultó en varias ocasiones por el mismo motivo en su centro de atención primaria siendo diagnosticado de estreñimiento, pero al ver que no cedía la sintomatología, decidió consultar en el servicio de urgencias hospitalario. El paciente presentaba tensión arterial de 70/50 mm Hg y una frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, abdomen distendido y con signos de irritación peritoneal ante lo que se decidió laparotomía exploradora urgente. Durante la exploración se objetivó una tumoración pediculada (Figura 1), de unos 15 cm de diámetro,



Figura 1 Lipoma dependiente del mesenterio.

dependiente del borde mesentérico de yeyuno-ileon que condicionaba volvulación mesentérica e isquemia intestinal secundaria. Tras la devolvulación se recuperó completamente la perfusión de las asas afectadas. Se realizó resección segmentaria intestinal con márgenes de unos 10 cm, englobando la totalidad de los vasos nutricios de la tumoración. El estudio anatomopatológico reportó que la tumoración se trataba de un lipoma mesentérico.

Discusión: Los lipomas mesentéricos son tumores benignos, extremadamente raros, compuesto de células grasas maduras. Normalmente se manifiestan como masa abdominal asintomática, que pueden cursar con dolor y distensión abdominal progresiva secundaria a su crecimiento. El tamaño del tumor está directamente relacionado con el riesgo de complicaciones, como la obstrucción intestinal parcial o total resultante de la compresión directa o la torsión intestinal. El hallazgo de una masa radiolúcida intraperitoneal en la TC o RMN es el criterio de diagnóstico principal. El diagnóstico diferencial principal se realiza con neoplasias malignas como el lipoblastoma o el liposarcoma, que son mucho más frecuentes. Con respecto al tratamiento, aunque no existen datos de transformación maligna, se recomienda la exéresis en bloque de la tumoración junto con el segmento intestinal del que depende.



Figura 1

Pancreatitis Balthazar B.

CP054. MANEJO DEL SÍNDROME COMPARTIMENTAL SECUNDARIO A PANCREATITIS AGUDA MEDIANTE FASCIOTOMÍA DESCOMPRESIVA

M López-Cantarero García-Cervantes, L Sobrino Brenes, B Marengo de la Cuadra, M Retamar Gentil, J Reguera Rosal, M Infantes Ormad, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: El síndrome compartimental abdominal (SCA) es una complicación infrecuente de la pancreatitis grave. Se define como una presión intraabdominal sostenida (PIA) > 20 mmHg (con o sin una presión de perfusión abdominal (PPA) < 60 mmHg), asociada con una nueva disfunción orgánica. Confiere un mal pronóstico y debe tratarse de inmediato. A menudo se omite en el examen clínico, lo que lleva a un retraso en el diagnóstico y a un aumento en la mortalidad.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 38 años, NRAMC con antecedentes de DM, SAOS y obesidad grado 3, que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal en cinturón tras ingesta grasa. En hemograma destaca 16600 leucocitos y 553 plaquetas. BQ con 317 de amilasa. TC informa de pancreatitis Balthazar B, por lo que ingresa en Digestivo (Figura1). Al día siguiente del ingreso, cuadro de disnea brusca refractaria realizándose Angio-TC compatible con TEP bilateral, ingresando la paciente en la UCI. Evolución tórpida con aparición de fiebre, aumento de RFA, inestabilidad hemodinámica dependiente de drogas, disfunción renal y necesidad de IOT. Exploración abdominal dolorosa sin peritonismo. Es entonces cuando se mida la PIA, estando en 35mmHg que, en el contexto clínico de la paciente, es compatible con síndrome compartimental.

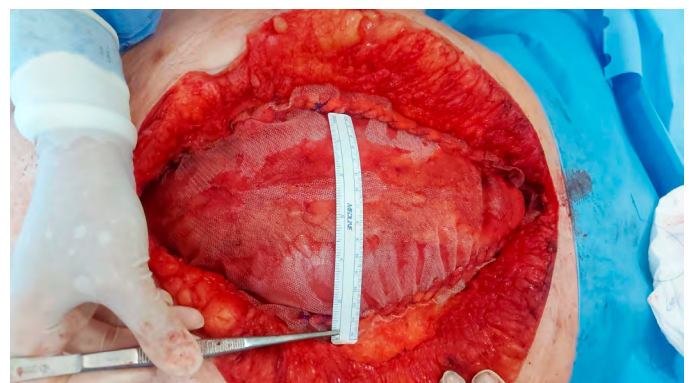


Figura 2

Pancreatitis Balthazar B.

Discusión: La medición temprana de la PIA por vía transvesical es importante en los pacientes con pancreatitis aguda ya que, aunque suponga una complicación rara, la mortalidad es muy elevada. La fasciotomía descompresiva se podría considerar como una maniobra útil para el tratamiento del SCA, siempre que se realice en el momento adecuado.

CP055. MANEJO QUIRÚRGICO EN NUESTRO CENTRO DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL

I Lorence Tomé, M Infantes Ormad, B Marengo de la Cuadra, J Reguera Rosal, M Retamar Gentil, N Montemuiño Chulián, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal. El 50-60% de los pacientes tienen menos de 2 años al diagnóstico, siendo el diagnóstico en la edad adulta un hallazgo incidental o por la aparición de complicaciones. El tratamiento en caso de complicación del divertículo es la cirugía, siendo controvertida la realización de resección intestinal y anastomosis en la cirugía urgente vs resección del divertículo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado desde enero de 2016 hasta diciembre de 2019 (n=10).

Resultados: Se han estudiado 10 pacientes, con edad media de 17,2 años, de los cuales ocho (80%) eran hombres y dos (20%) mujeres. El 80% de los pacientes era menor de 20 años. Tres (30%) pacientes se intervinieron de forma reglada, mientras que en siete (70%) la cirugía fue urgente por la presencia de complicaciones. El abordaje laparoscópico se realizó en el 40% de los pacientes mientras que la vía abierta fue de elección en el 60%. En 3 pacientes (30%) se realizó resección del divertículo sin anastomosis intestinal, en 2 pacientes (20%) se realizó resección en bloque con anastomosis latero-lateral y en 5 pacientes (50%) con anastomosis termino-terminal. Con respecto a las complicaciones asociadas, tres pacientes (30%) no presentaron ninguna; dos pacientes (20%) presentaron obstrucción intestinal; un paciente (10%) presentó un divertículo perforado; dos pacientes (20%) presentaron peritonitis; uno (10%) presentó una hemorragia digestiva baja; uno (10%) presentó apendicitis aguda; y en dos pacientes (20%) se constató invaginación de asas de intestino delgado. Nueve pacientes (90%) no presentaron ninguna complicación postoperatoria, mientras que un paciente (10%), presentó infección de herida quirúrgica.

La estancia postoperatoria media fue de 6 días. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones a largo plazo tras la intervención.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico se considera útil y eficaz como tratamiento definitivo y de las complicaciones urgentes asociadas, con una corta estancia hospitalaria postoperatoria y una baja tasa de complicaciones a largo plazo. En nuestro análisis, no hemos encontrado diferencias con respecto a la elección de vía laparoscópica vs vía abierta para su abordaje, así como tampoco en la realización o no de anastomosis en términos de complicaciones a largo plazo.

CP056. MANIFESTACION CLINICA DE PIODERMA GANGRENOSO EN HERIDA POSTQUIRÚRGICA TRAS CIRUGÍA ABDOMINAL

B García García¹, E Buendía Peña², S Mansilla Díaz², S Álvarez Escribano², M Ortega Castán², R de Luna Díaz²

¹Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: El pioderma gangrenoso es una dermatosis inflamatoria estéril, ulcerativa e infrecuente, que se caracteriza por lesiones ulceradas recurrentes, con unos hallazgos clínicos distintivos. Suele iniciarse como una pústula o nódulo doloroso, que rápidamente evoluciona a una úlcera de crecimiento rápido y progresivo, con bordes violáceos, eritema perilesional, fondo fibrinoso y exudado purulento o hemorrágico.

Caso clínico: Mujer de 58 años hipertensa y diabética, con antecedentes de pioderma gangrenoso post actos quirúrgicos. Intervención quirúrgica reciente de hernia incarcerada. Acudió a urgencias por dolor y supuración a nivel de herida quirúrgica, siendo diagnosticada erróneamente de infección de la misma.

Se trató como una infección posquirúrgica y se mandó antibioterapia empírica domiciliaria. Acude al día siguiente de nuevo a urgencias por empeoramiento de la misma. A la exploración, herida de laparotomía media sin claros signos de infección, con bordes violáceos y ulcerados sugestiva de pioderma gangrenoso. Ante dichos hallazgos, se avisa a dermatología de guardia pautando corticoterapia oral, y antibioterapia y corticoide tópico. Buena evolución en domicilio con regresión de la lesión.

Discusión: Aunque no hay datos epidemiológicos precisos, se estima que la incidencia es de alrededor de 3-10 casos por millón de habitantes y año, con una incidencia máxima entre los 20-50 años, con un leve predominio del sexo femenino.

Se desconoce exactamente la patogenia y la etiología, pero se cree que algunos mecanismos inmunológicos juegan un papel importante. La variante más frecuente suele iniciarse como una pápula o nódulo de pequeño tamaño, doloroso y de coloración violácea, que rápidamente se extiende por los laterales con necrosis del tejido circundante. Suelen localizarse en las piernas, aunque pueden aparecer en otros lugares.

Debido a que los hallazgos histopatológicos no son específicos y suelen ser bastante variables, el diagnóstico definitivo recae principalmente en las características clínicas. El objetivo principal de la biopsia es descartar las otras posibles causas de úlceras.

En un 50% de los casos está asociado a alguna enfermedad sistémica (EII, Artritis...). El tratamiento tópico (corticoides, tacrólimus y ciclosporina) puede ser una buena opción para los casos leves o moderados. El tratamiento sistémico (corticoides, seguido de inmunosupresores e inmunomoduladores) es de elección en casos severos o con patologías de base asociada.

Se desaconseja el desbridamiento de las lesiones, puesto que por el fenómeno de patergia las úlceras pueden empeorar. Aparece en un 25% de los casos, por lo que en este tipo de pacientes hay que evitar traumatismos e intervenciones quirúrgicas.

CP057. MASA INGUINAL IRREDUCTIBLE: QUISTE DE NUCK GIGANTE.

MT Robles Quesada¹, L Pico Sanchez¹, A Alberca Páramo¹, J Granados García²

¹Sección Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra. ²Sección Cirugía General. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: El quiste del conducto de Nuck o hidrocele femenino, es una anomalía congénita poco frecuente debida a una obliteración incompleta del proceso vaginalis que acompaña al ligamento redondo dentro del canal inguinal de la mujer. Clínicamente aparece como una tumoración en la región inguinolabial, no reductible, que puede o no ser dolorosa, y suele medir menos de 3cm. Aparecen generalmente en mujeres jóvenes.

Se presenta un caso de un quiste de Nuck gigante, que como a veces ocurre, puede ser confundido con una hernia inguinocrural encarcerada.

Caso clínico: Mujer de 52 años con gran masa dolorosa en zona inguinal derecha de meses de evolución, sospechosa al llegar a urgencias de hernia inguinal no reductible. La paciente no refiere clínica de obstrucción intestinal, ni episodios de aumento o disminución de la masa con la maniobra de Valsalva.

Se solicita eco urgente dada la discordancia en lo referido por la paciente

ECO : en región inguinal derecha se aprecia una lesión quística de 10cm x 4.5 cm que sugiere un quiste de Nuck

Se decide intervención quirúrgica urgente dado el dolor de la paciente.

En la intervención, bajo anestesia raquídea, se objetiva una lesión quística, violácea, de 10cm x 5cm aproximadamente. Se realiza disección del mismo hasta su salida a nivel del orificio inguinal profundo, ligadura de su base y sección en bloque, para análisis anatomopatológico. Se explora la zona inguinal en busca de orificio herniario, sin éxito, por lo que se procede al cierre por planos.

La paciente evolucionó favorablemente, dándose de alta en menos de 24 horas.

AP: Descripción macroscópica: formación quística traslúcida con dibujo vascular prominente de 10cm de diámetro, con líquido ambarino, superficie lisa y espesor parietal milimétrico. Descripción microscópica: quiste de Nuck.

Discusión: Se debe explorar la zona inguinal en busca de hernias, aún diagnosticado y tratado ya el quiste de Nuck, ya que pueden



Figura 1
Quiste de Nuck gigante.

coexistir en un tercio de los casos. El diagnóstico de elección es la ecografía. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección de esta anomalía congénita, tanto si es confundido con una hernia intraoperatoriamente como si era el diagnóstico inicial.

CP059. MODIFICACIONES EN EL MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA, INFLUENCIADAS POR EL SARS-COV-2 EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.

F Hinojosa Ramírez, E Perea del Pozo, F Espada Fuentes, D Aparicio Sánchez, F Pareja Ciuró, J Padillo Ruíz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: El periodo SARS-Cov-2 ha tenido un impacto sin precedentes para la sanidad. Los protocolos asistenciales en cirugía electiva y urgente se modificaron para asegurar el óptimo tratamiento del paciente quirúrgico, al mismo tiempo que se evita la infección nosocomial y se garantiza la su máxima seguridad. La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más prevalente en nuestro medio. El tratamiento de elección de la apendicitis aguda no complicada es la cirugía, pero en los últimos años 6 ensayos clínicos han planteado el tratamiento antibiótico como una alternativa segura y eficaz a corto plazo. El objetivo del estudio es analizar los efectos de la pandemia sobre esta patología y evaluar las posibles áreas para situaciones similares al periodo SARS-Cov-2 o para casos seleccionados.

Material y métodos: Estudio de cohortes comparativo con recogida prospectiva de pacientes desde el 11 de Marzo hasta el 17 de Abril de 2020 y tomando como referencia el registro del mismo periodo de 2019 en la unidad. Se incluyen a todos los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda. Las variables a estudio son: días de evolución, tiempo de espera hasta la atención en Urgencias, fracaso orgánico, prueba de imagen, clasificación de la apendicitis, cirugía

Tabla 1. Resultados

VARIABLE	2019	2020	P
N TOTAL	42	20	
SEXO			0,462
HOMBRE	50,0%	45,0%	
MUJER	50,0%	55,0%	
EDAD (MEDIA)	33,7	36,4	0,581
DÍAS EVOLUCIÓN PREVIOS (MEDIA)	1,86 3,6	1,64 4,8	0,269 0,11
FALLO DE ORGANOS	0%	0%	N/A
TIEMPO ESPERA URGENCIA (MEDIA - HORAS)	4,58	4,1	0,471
TC ABDOMEN	26,2%	100,0%	0,001
CLASIFICACION			0,02
NO COMPLICADA	75,6%	45,0%	
COMPLICADA	24,4%	55,0%	
CIRUGIA URGENTE	95,2%	100,0%	0,455
ACCESO LAPAROSCOPICO	97,6%	85,0%	0,099
UCI	0,0%	0,0%	N/A
ESTANCIA UCI (MEDIANA)			
REINGRESO EN UCI	2,4%	10,0%	0,241
ESTANCIA GLOBAL (MEDIANA)	2	4	0,001
COMPLICACION	4,8%	35,0%	0,004
CLAVIEN DINDO			0,002
1	0,0%	15,0%	
2	2,4%	15,0%	
3a	0,0%	10,0%	
3B	2,4%	5,0%	
4a	0,0%	0,0%	
4B	0,0%	0,0%	
5	0,0%	0,0%	
INFECCION SITIO QUIRÚRGICO			0,094
4B	0,0%	0,0%	
5	0,0%	0,0%	
SUPERFICIAL	5%	20%	
PROFUNDA	0%	0%	
ORGANO-ESPACIO	0%	0%	
REINGRESO HOSPITALARIO	2,4%	10,0%	0,241

REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	2,5%	10,0%	0,255
EXITUS	0%	0%	N/A

urgente o tratamiento no quirúrgico, necesidad de UCI, estancia global, complicaciones (Clavien-Dindo), reingreso, reintervención, infección de sitio quirúrgico y mortalidad.

Resultados: La muestra está formada por un total de 62 pacientes divididos en dos grupos. El primer grupo corresponde al periodo de 2019 (n=42) y el segundo al periodo 2020 (n=20). Sin diferencias significativas en la distribución de edad y sexo. El porcentaje de apendicitis complicadas (complicadas o gangrenosas) fue 24,4 % (2019) vs 55% (2020). La media de días de evolución fue en 2019 de 3,6 y en 2020 de 4,8. La realización de TC de abdomen 26,2% (2019) vs 100% (2020), aumento de la mediana de estancia global 2 días (2019) vs 4 días (2020), aumento del porcentaje de complicaciones (4,8% vs 35%).

Conclusiones: Se ha objetivado un descenso en el registro de pacientes diagnosticados apendicitis agudas durante el periodo SARS-CoV-2 de 2020, aunque ha existido un aumento de los casos complicados. Es necesario elaborar estudios de mayor potencia estadística que determinen la indicación de manejo conservador en esta patología, y que permitan valorar este tratamiento en los protocolos de emergencias sanitarias.

CP060. NEUMOPERITONEO Y SU DIVERSA ETIOLOGÍA: ¿PODEMOS PRESCINDIR DE UNA CIRUGÍA EMERGENTE?

I Palomo López, E Brea Gómez, J Santoyo Villalba, I Segura Jiménez, P Notario Fernández, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: La presencia de aire extraluminal en la cavidad abdominal, descrita por Popper en 1915 en una radiografía de abdomen, se conoce como neumoperitoneo. En el 85-90% de los casos traduce una complicación intraabdominal y, por tanto, su probable necesidad de cirugía urgente. No obstante, hay casos en los que nos encontramos frente a un neumoperitoneo benigno (NB), idiopático o de causa no quirúrgica cuyo tratamiento conservador nos puede conducir a su completa resolución.

Caso clínico: Mujer de 67 años con antecedentes personales de insuficiencia tricuspídea intervenida de anuloplastia valvular a través de una mini-esternotomía. En el tercer día postoperatorio, tras la retirada de los drenajes mediastínicos, la paciente comienza con un cuadro de dolor abdominal súbito e irritación peritoneal. Se solicitó una tomografía computarizada abdominopélvica con diagnóstico de neumoperitoneo en cantidad moderada sin evidencia de perforación de víscera hueca u otra complicación intraabdominal. Dado los hallazgos radiológicos, la estabilidad clínica de la paciente y la ausencia de signos sépticos u otros signos de alarma se optó por un tratamiento conservador. Durante su estancia hospitalaria la evolución clínica fue favorable hasta la resolución completa del cuadro abdominal.

Discusión: El neumoperitoneo no siempre traduce la existencia de una complicación intraabdominal o la necesidad de cirugía emergente, lo que se conoce como NB. Si bien sus causas abdominales son las más frecuentes, también son numerosas las de origen torácico (como las secundarias a una cirugía cardíaca). En este contexto, la fisiopatología del neumoperitoneo se entiende por la íntima relación anatómica existente entre pericardio, diafragma y peritoneo. El mecanismo patogénico principal es la apertura de la cavidad abdominal de forma incidental durante la esternotomía. Otra etiopatogenia menos frecuente pero también descrita es la colocación de drenajes mediastínicos que, al alojarlos en el espacio preperitoneal, pueden alcanzar la cavidad abdominal.

Independientemente del origen, la presencia de neumoperitoneo puede debutar como un abdomen agudo. Esto es debido a la amplia inervación del peritoneo parietal que hace que sea muy sensible a cualquier estímulo. Por esta razón, pese a tener diferente causa y un posible contrario manejo, nos podemos encontrar frente a dos casos clínicos distintos con semejante exploración abdominal. Discernir cuál de ellos precisa cirugía urgente supone un gran dilema y controversia del cirujano general. Por ello, la base fundamental de un adecuado manejo consiste en realizar, junto con una exhausta exploración, una historia clínica pormenorizada que nos conduzca a un adecuado diagnóstico diferencial y un óptimo tratamiento.

CP061. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE URGENTE VÍA TAPP DE LA HERNIA INGUINAL COMPLICADA.

AI Aguilar Márquez, MC Infantes Ormad, L Sobrino Brenes, M Retamar Gentil, B Marengo de la Cuadra, J Reguera Rosal, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: La hernia inguinal complicada es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes. El abordaje laparoscópico está ganando relevancia, debido a que ofrece la posibilidad de evaluar el asa encarcerada de forma directa mientras se repara el defecto herniario. En este trabajo mostramos nuestra experiencia con el abordaje vía TAPP de la hernia inguinal complicada.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional retrospectivo con 16 pacientes que han requerido tratamiento urgente de la hernia inguinal vía laparoscópica desde 2016 hasta la actualidad. La técnica se realizó con tres trócares, uno de 11 mm y dos de 5 mm. Se reduce contenido herniario, con o sin quelotomía, valorando el estado del asa encarcerada. Posteriormente, se realiza flap peritoneal y disección de los elementos del cordón y saco herniario para colocación preperitoneal de malla de polipropileno que se fija a espina púbica. Finalmente, se cierra peritoneo con suturas helicoidales o barbada continua.

Resultados: Presentamos a 16 pacientes, siendo el 50% hombres y una edad media de 65,5 años. 10 pacientes (62,5%) acudieron con una hernia inguinal complicada, siendo 3 recidivadas (18,75%), y los 6 restantes, hernias crurales primarias complicadas (37,50%). En todos

los casos se realizó abordaje vía TAPP, permitiendo recuperación del asa durante la reparación herniaria sin conversión o resección en ningún paciente. Se utilizaron mallas de polipropileno, fijadas con suturas helicoidales, siendo diez preformadas para laparoscopia. En 15 pacientes se cerró el flap peritoneal con sutura barbada continua y en un caso se utilizaron suturas helicoidales. La estancia media es de 3 días. Como complicaciones intraoperatorias, hubo dos sangrados de trócar (12,5%) y una apertura accidental de la vejiga. En cuanto a las complicaciones menores: 3 seromas (18,75%), un hematoma (12,50%) y una infección de herida quirúrgica (6,25%). Ningún caso requirió reintervención quirúrgica ni se precisó reingreso.

Actualmente, sólo en dos pacientes se ha completado el seguimiento a dos años sin recidiva, habiendo una en el grupo restante (6,25%).

Conclusiones: El abordaje vía TAPP permite la evaluación del asa intestinal, así como realizar la resección si fuera necesaria y reparar la hernia por esta vía; o bien, si se precisa resección y existe vertido fecal realizar un abordaje anterior aislando los dos campos. Una vez superada la curva de aprendizaje no se aprecian diferencias significativas en el tiempo operatorio, la tasa de recidiva, sangrado o infección, asociando las ventajas del abordaje laparoscópico y siendo un procedimiento seguro y reproducible.

CP062. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR HERNIA TRANSMESOCÓLICA

A Cisneros Ramírez, R Forneiro Pérez, J Ramos Sanfiel, P de Castro Monedero

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: Las hernias internas consisten en el paso de asas intestinales a través de un orificio intraabdominal. Son poco frecuentes y suelen presentarse como un cuadro de obstrucción intestinal. El objetivo de este trabajo es describir un caso de una paciente con obstrucción intestinal por hernia interna transmesocólica.

Caso clínico: Mujer de 29 años con antecedente de histerectomía más anexectomía bilateral y linfadenectomía pélvica por carcinoma de ovario en estadio II. Acudió a urgencias por dolor abdominal, distensión, náuseas, vómitos y ausencia de deposiciones de 24 horas de evolución. El TC Abdomen urgente informó cuadro de oclusión de intestino delgado por posibles adherencias y aumento de calibre de las asas de íleon medio. Se decidió ingreso para tratamiento conservador pero debido a la no mejoría del cuadro clínico se realizó una laparotomía exploradora urgente evidenciando un orificio herniario en mesocolon transversal con asas de intestino delgado en su interior. Se procede a la identificación y reducción de la hernia, mediante un cierre primario del orificio herniario. El postoperatorio cursó de manera favorable y se procedió al alta hospitalaria al quinto día postquirúrgico.

Discusión: Las hernias internas son infrecuentes, representando el 0.2-1% de las obstrucciones intestinales agudas. De ellas, las menos

comunes son las hernias transmesocólicas, diagnosticándose con mayor frecuencia en adultos; afectando al mesocolon transversal y su orificio herniario suele situarse a la izquierda de la arteria cólica media.

El tratamiento de elección ante la sospecha de hernia interna es quirúrgico, adaptando la técnica quirúrgica en los hallazgos intraoperatorios, en el caso presentado se procedió a la reducción del contenido y cierre primario del defecto con sutura reabsorbible.

En pacientes con cuadros sugerentes de oclusión intestinal, sobre todo si existen antecedentes de cirugía abdominal o pélvica, debemos considerar la hernia interna entre las posibilidades diagnósticas, pues a pesar de ser una patología infrecuente, el diagnóstico y el tratamiento tardíos conllevan un aumento de la morbimortalidad.

CP063. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR VÓLVULO DE SIGMA: TRATAMIENTO MEDIANTE DETORSIÓN ENDOSCÓPICA Y SIGMOIDECTOMÍA ASISTIDA POR LAPAROSCOPIA COMO URGENCIA DIFERIDA

Y Lara Fernández, M Retamar Gentil, J Reguera Rosal, B Marengo de la Cuadra, M Infantes Ormad, I Lorence Tomé, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: Definimos vólvulo de colon como la torsión del intestino grueso sobre su eje mesentérico, ocasionando un cuadro de obstrucción que puede comprometer la viabilidad intestinal. Es más frecuente en pacientes mayores, y varones. La localización más habitual es sigma (60-70%), seguido de ciego (20-30%). Existen varias opciones de manejo terapéutico, siendo cada vez más frecuente el uso de la laparoscopia en el tratamiento definitivo. Exponemos nuestra experiencia en el tratamiento del vólvulo sigmoide mediante sigmoidectomía asistida por laparoscopia tras devolvulación endoscópica efectiva.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional (2012 hasta la actualidad) de pacientes ingresados de forma urgente con diagnóstico de obstrucción intestinal por vólvulo de sigma, tratados mediante devolvulación endoscópica seguida de sigmoidectomía asistida por laparoscopia con o sin anastomosis (n=13) en régimen de urgencia diferida.

Resultados: Obtuvimos 13 pacientes tratados mediante esta técnica, de 75,85 años de edad media, siendo 6(46,15%) mujeres y 7(53,85%) hombres. El IMC promedio fue de 30 Kg/m², similar en ambos sexos. Se realizó anastomosis en 9(69,23%) pacientes (5 mecánicas y 4 manuales) y en 4(30,76%) colostomía terminal. La estancia postoperatoria media fue de 7 días; ligeramente superior en el grupo de los pacientes a los que se les realizó anastomosis (7 días versus 6,5). En 12(92,3%) pacientes se confirmó el diagnóstico mediante colonoscopia, evidenciado en 2(15,38%) de ellos signos de isquemia incipiente. Todos se intervinieron en régimen de urgencia diferida.

En cuanto a complicaciones mayores se reintervinieron 4(30,76%), tres por dehiscencia de anastomosis y uno por sangrado. En cuanto a complicaciones del sitio quirúrgico se registraron en 2(15,38%) pacientes del total, una infección de herida y un sangrado. No se registraron seromas ni problemas de la colostomía. Dos(15,38%) pacientes presentaron íleo parético y otros dos(15,38%) evisceración.

No obtuvimos reingresos ni recidivas. Dos(15,38%) fallecieron, uno por shock séptico por dehiscencia de anastomosis y otro por insuficiencia respiratoria aguda.

Conclusiones: La sigmoidectomía asistida por laparoscopia en régimen de urgencia diferida es una opción terapéutica segura, rápida y sencilla para los pacientes con vólvulo de sigma en los que ha sido efectiva la devolvulación endoscópica, estando estables hemodinámicamente, sin presentar signos de necrosis ni perforación en ésta. Además de permitir la optimización del paciente, aporta las ventajas de la laparoscopia en cuanto a recuperación, consiguiendo un tratamiento definitivo y evitando en muchos de ellos un estoma definitivo. Es importante realizar una selección de pacientes adecuada para el éxito de este procedimiento.

CP064. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ENDOMETRIOSIS

M Ortega Castán, S Mansilla Díaz, N Martos Rojas, R Soler Humanes, N Tapia Durán, R de Luna Díaz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La endometriosis es una patología relativamente común en mujeres fértiles (4-17%), sin embargo, su localización intestinal es infrecuente (3-37% de los casos). En general, a nivel intestinal, la región más afectada es la rectosigmoidea (50-90%), y en el intestino delgado es el íleon terminal. La mayoría de las ocasiones se manifiesta de forma crónica, pudiendo simular una enfermedad de Crohn o una neoplasia intestinal, siendo excepcional su presentación aguda como obstrucción o perforación intestinal.

Caso clínico: Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por dolor y distensión abdominal asociado a vómitos y ausencia de tránsito de 24-48 horas de evolución. A la exploración, abdomen distendido sin defectos herniarios ni signos de irritación peritoneal. Analíticamente, elevación de reactantes de fase aguda. En TC abdomen-pelvis obstrucción de intestino delgado secundaria a lesión estenosante en válvula ileocecal sugestiva de tumor carcinoide con líquido libre interasas y en pelvis. Se decide laparotomía exploradora urgente en la que se evidencia lesión estenosante a nivel de válvula ileocecal con distensión retrógrada de asas de delgado y abundante líquido libre seroso, útero miomatoso y ausencia de enfermedad a distancia. Se realiza hemicolectomía derecha oncológica y anastomosis ileocólica. Posoperatorio sin incidencias siendo dada de alta al 7º día. El resultado de anatomía patológica es compatible con focos de endometriosis en íleon terminal con ausencia de células neoplásicas.

Discusión: Los casos de obstrucción intestinal por endometriosis registrados en la literatura son escasos, pero es importante tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial en mujeres en edad fértil, especialmente si tenemos antecedentes ginecológicos que nos orienten hacia este diagnóstico. No obstante, ante dudas diagnósticas o sospecha de malignidad, en el contexto de una intervención urgente, debe realizarse una cirugía con criterios oncológicos, que asegure un adecuado control de una posible patología tumoral.

CP065. OCLUSIÓN INTESTINAL AGUDA POR ENCAPSULACIÓN PERITONEAL CONGÉNITA

JA Blanco Elena, MT Robles Quesada, L Pico Sánchez, A Alberca Páramo

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: La encapsulación congénita peritoneal (ECP) es malformación congénita rara del tracto gastrointestinal. Se caracteriza por la presencia de una membrana peritoneal accesoria que recubre una extensión variable de intestino delgado. Se determina la aparición de un saco extraperitoneal conteniendo dichas asas de intestino delgado. La afección cursa habitualmente de manera asintomática, detectándose en el transcurso de una exploración radiológica, una disección quirúrgica o un examen postmortem. No obstante, la ECP supone una causa importante de dolor abdominal recurrente no filiado y de obstrucción subaguda de intestino delgado. La ECP fue descrita por primera vez por Cleland en 1868 y desde entonces se han descrito aproximadamente 50 casos a nivel mundial. A continuación presentamos el caso de un paciente afecto de ECP que debutó con un cuadro de obstrucción aguda de intestino delgado que requirió tratamiento quirúrgico urgente.

Caso clínico: Varón de 53 años, sin antecedentes de interés, que ingresa por cuadro de intolerancia oral con vómitos de varias semanas de evolución. El paciente refiere haber padecido cuadros similares de menor intensidad en el pasado, que se habían autolimitado y por lo que no había llegado a consultar. A la exploración destaca la presencia de abombamiento abdominal de predominio en cuadrante superior derecho. Se realiza TAC abdominal que objetiva de dilatación moderada de asas de intestino delgado a nivel del tracto proximal. Ante la persistencia del cuadro 24 horas tras la administración de gastrografín se decide cirugía urgente, durante la que se objetiva un saco peritoneal aberrante englobando desde íleon preterminal hasta ciego. El paciente es dado de alta al cuarto día postoperatorio sin evidencia de complicaciones.

Discusión: Es importante tener en cuenta la ECP en el diagnóstico diferencial de pacientes con dolor abdominal de evolución tórpida, con localización mal definida que se presenta de forma intermitente. De manera más infrecuente la ECP puede determinar la aparición de un cuadro agudo de obstrucción de intestino delgado, aumentando las posibilidades de que el paciente sea sometido a intervención quirúrgica urgente. El diagnóstico continúa siendo clínico, guiado por algunos hallazgos con gran especificidad como la asimetría abdominal fija, teniendo la radiología adyuvante. El tratamiento de elección es

la resección quirúrgica de la membrana peritoneal accesoria, que presenta buenos resultados a largo plazo. Se precisan más estudios para dilucidar la causa de la ECP, para así identificar qué pacientes están en riesgo de presentar enfermedad sintomática y establecer la pertinente indicación quirúrgica.

CP066. PERFORACIÓN DE ILEON SECUNDARIA A CONCHA DE ALMEJA

M Ortega Castán, S Mansilla Díaz, E Sanchiz Cárdenas, A del Fresno Asensio, MS Álvarez Escribano, R de Luna Díaz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La mayoría de cuerpos extraños ingeridos recorren el tracto gastrointestinal hasta ser eliminados por las heces sin complicaciones, ocasionando en menos del 1% de los casos perforación intestinal. El riesgo de complicaciones depende, en gran medida, del tamaño y la morfología del cuerpo extraño y de su localización, siendo más frecuente la perforación por objetos afilados en la región ileocecal y rectosigmoidea.

Caso clínico: Varón de 67 años, diabético, hipertenso y apendicectomizado como único antecedente quirúrgico, acude por cuadro de dolor abdominal generalizado, distensión abdominal y ausencia de tránsito de 3 días de evolución coincidente con la ingesta de sopa de almejas. A la exploración, abdomen distendido, timpánico, con dolor generalizado y signos de irritación peritoneal. Analíticamente, aumento de reactantes de fase aguda e insuficiencia renal. En las pruebas de imagen se observa cuerpo extraño cálcico en fosa iliaca derecha con dilatación retrógrada de asas de íleon y yeyuno y burbuja de neumoperitoneo adyacente. Se realiza laparotomía media suprainfraumbilical urgente evidenciándose peritonitis purulenta en cuadrante abdominal inferior derecho, cuerpo extraño compatible con concha de almeja, plastrón que engloba íleon y colon derecho con signos de hipoperfusión y perforación de íleon terminal. Se realiza hemicolectomía derecha y sección de 1 metro de íleon desde la válvula ileocecal confeccionándose anastomosis ileocolica manual laterolateral isoperistáltica y dejando drenaje Blake. Durante la intervención, el paciente requiere drogas vasoactivas siendo trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos donde permanece 3 días. Completa 9 días de posoperatorio en planta, desarrollando íleo paralítico y siendo dado de alta sin más complicaciones.

Discusión: La perforación intestinal secundaria a cuerpos extraños puede considerarse un reto diagnóstico y terapéutico para el cirujano ya que gran parte de los pacientes no recuerdan la ingesta previa del mismo, la sintomatología es inespecífica y no encontramos hallazgos patológicos en la radiografía simple de abdomen si el cuerpo extraño no es radiopaco. Hay que tenerlo en cuenta en niños, ancianos, portadores de prótesis dentales y patología psiquiátrica y es necesario realizar TC abdominopélvico con contraste intravenoso para identificar el cuerpo extraño, la asociación de complicaciones y planear la estrategia terapéutica.

CP067. PERFORACIÓN GÁSTRICA SECUNDARIA A MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR.

A García Reyes, B Marenco de la Cuadra, M López-Cantarero García-Cervantes , JA López Ruiz , F Oliva Mompean

Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: La reanimación cardiopulmonar (RCP) supone la única actuación básica cuando se produce una parada cardiorespiratoria. La RCP puede causar múltiples complicaciones entre las que se incluyen las fracturas de costillas y esternón durante las compresiones torácicas, vómitos, neumo y hemotórax, lesiones hepáticas y esplénicas, contusión o laceración cardíaca y en raras ocasiones perforación gástrica.

Caso clínico: Paciente de 65 años con antecedentes de insuficiencia aórtica moderada que sufre episodio sincopal en su domicilio siendo atendida por su marido que comienza con la reanimación cardiopulmonar.

Los servicios de emergencia a su llegada actuaron intubando y monitorizando a la paciente, objetivando así la fibrilación ventricular y restableciendo a ritmo sinusal tras varios choques.

La paciente es trasladada al servicio de UCI, donde realizan una radiografía de tórax objetivando una línea aérea en hemidiafragma derecho (Figura 1); y una tomografía computerizada (TC) que confirma la sospecha de neumoperitoneo (Figura 2).

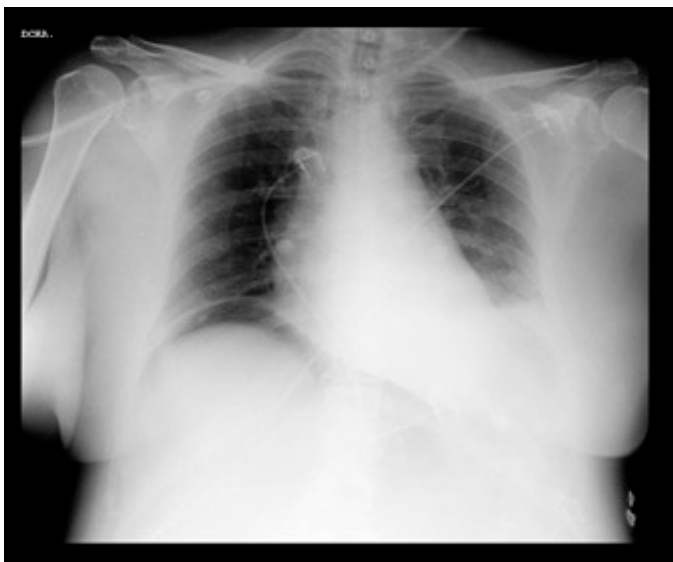


Figura 1 Línea aérea a nivel de hemidiafragma derecho.

Se decide intervención quirúrgica identificando una perforación lineal de unos 5 cm a nivel del fundus gástrico con importante líquido libre en la cavidad, que requiere cierre de la perforación y lavado de la cavidad.

Finalmente, durante su estancia en UCI, se produce el éxito de la paciente por muerte encefálica secundaria a encefalopatía hipóxica.

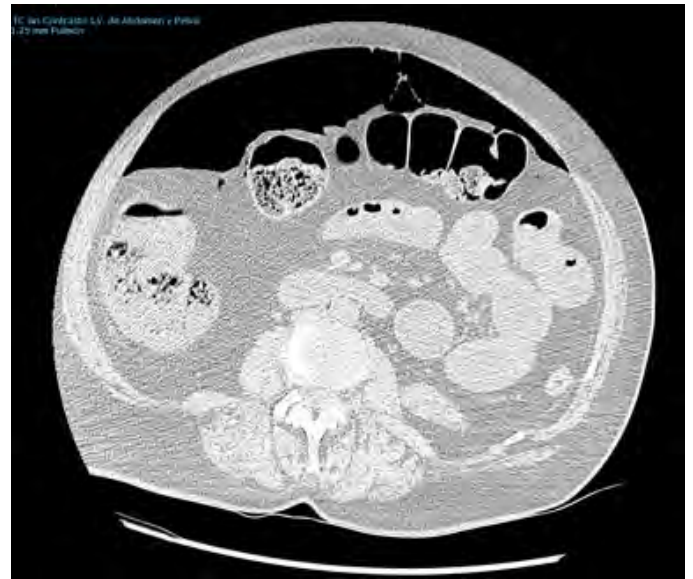


Figura 1 Gran cámara de neumoperitoneo secundaria a perforación gástrica.

Discusión: La rotura gástrica tras RCP es una complicación muy infrecuente, con una incidencia estimada del 0,1%, siendo especialmente raros los casos atribuidos a la ventilación boca a boca.

La mayoría de las perforaciones gástricas ocurren a lo largo de la curvatura menor debido a la reducción de los pliegues de la mucosa y a la baja elasticidad.

La dilatación gástrica se produce como consecuencia de múltiples factores que dificultan el correcto funcionamiento del cardias y el píloro, lo que impide la evacuación gástrica, pudiendo llegar a tal dilatación que conlleve una laceración o perforación.

Cuando se sospecha se debe realizar una radiografía de tórax y abdomen para evaluar la presencia de neumoperitoneo, pudiendo este ser confirmado mediante la realización de una TC.

La actuación quirúrgica supone el pilar fundamental del tratamiento. El retraso del tratamiento quirúrgico aumenta de forma significativa la tasa de mortalidad y morbilidad, por lo que es muy importante la formación del personal sanitario.

Destacar como conclusión, que pese a que este tipo de perforación gástrica es un evento muy poco frecuente, requiere de un diagnóstico y tratamiento precoz, debido a las connotaciones sobre la morbilidad y la mortalidad que conlleva.

CP068 PERITONITIS ENCAPSULANTE. COMENTARIOS EN TORNO A CUATRO CASOS CLINICOS

P Fernandez Zamora¹, F del Rio Marco², V Ferreira Montero²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Introducción: La peritonitis encapsulante es una enfermedad rara y congénita. Suele ser hallazgo fortuito de quirófano y consiste en “encapsulamiento” de una parte más o menos larga de intestino, causado por una membrana fibrosa, blanca, nacarada, que se adhiere ligeramente al peritoneo visceral. La plicatura del intestino dentro del saco peritoneal accesorio o las adherencias entre asas y la hoja peritoneal son el origen del cuadro clínico y posteriormente de la oclusión intestinal.

Fue CLELAND en 1868, el primero en desarrollar esta afección. La primera descripción y publicación científica de la peritonitis encapsulante es atribuida a JOSA L. en 1927

Caso clínico: Presentamos cuatro casos de peritonitis encapsulante, todos ellos diagnosticados en el acto quirúrgico, con clínica de dolor abdominal y radiología de oclusión intestinal. En todos los casos se realizó despegamiento y extirpación total de la cápsula. El informe anatomopatológico habla de tejido fibroso y de granulación con infiltrados inflamatorios crónicos. Diagnóstico: Proceso inflamatorio crónico fibrosante.

El curso postoperatorio ha sido satisfactorio en todos los casos.

Dos signos han sido descritos en el cuadro de peritonitis encapsulante con oclusión: la distensión abdominal asimétrica y la consistencia de la pared particular abdominal. La zona plana aparece firme debido a la cápsula peritoneal fibrosa y la zona distendida aparece blanda debido a la distensión abdominal. La tomografía de densidad puede mostrar asas intestinales dilatadas, envueltas por un saco peritoneal accesorio. Su tratamiento es quirúrgico y consiste en la escisión del saco peritoneal accesorio y la liberación de las asas intestinales.

El conocimiento de esta afección facilita su diagnóstico y evita sorpresas quirúrgicas.

CP069. PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL ABSCESO HEPÁTICO PIÓGENO: FÍSTULA HEPATOBRONQUIAL.

MH Mohamed Chairi, J Triguero Cabrera, A García Jiménez, JI Arcelus Martínez, M Arteaga Ledesma, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El absceso hepático (AH) se adquiere por diferentes vías: biliar (la más frecuente), vascular o por contigüidad. La infección

más prevalente en nuestro medio es la bacteriana (absceso piógeno), con una mortalidad de hasta el 25%.

Suele presentar una clínica muy inespecífica. En ocasiones, se manifiesta mediante clínica atípica simulando otras patologías al fistulizar a órganos adyacentes, como el árbol bronquial.

A continuación, presentamos el caso de una paciente con debut atípico de un absceso hepático en forma derrame pleural masivo secundario a fistula hepatobronquial (FHB).

Caso clínico: Mujer de 67 años, con antecedente de colecistectomía laparoscópica en 2010 y CPRE en 2018 por colangitis.

Acude a urgencias con clínica de disnea, fiebre, tos y broncorrea purulenta. Ingresa a cargo de Neumología por neumonía tras hallazgos en radiografía de tórax (**Figura 1**). Estudio de SARS-coronavirus 2 (2019) negativo. Se instaura antibioterapia empírica.



Figura 1

Radiografía de tórax posteroanterior: Derrame pleural derecho hasta 1/3 superior asociado a condensación en lóbulo inferior derecho. Se aprecia imagen de nivel hidroaéreo en 1/3 inferior.

La evolución fue desfavorable con empeoramiento clínico y dolor en hipocondrio derecho, hipotensión y fiebre. Analítica con GGT en 495, FA en 387, LDH 626, PCR 217.1, Leucocitos en 20530 con neutrofilia.

Se solicitó TAC toracoabdominal (**Figura 2**) que muestra hallazgos compatibles con AH y absceso pulmonar con empiema pleural y derrame masivo además de gas en cavidad pleural secundario a fistula broncopleurales o por anaerobios. La ecografía abdominal descartó coledocolitiasis residual.

Se realizó drenaje pleural mediante tubo de tórax y del AH de forma percutánea, con salida de material purulento. Se amplió la antibioterapia a Meropenem y Linezolid a la espera de cultivos, con aislamiento final de microbiota intestinal. Se instauró fibrinólisis intrapleurales.



Figura 2

TAC toracoabdominal. AH de 5 cm en segmento 7-8 con erosión diafragmática y absceso pulmonar de 8cm asociado a empiema pleural multiloculado con derrame pleural masivo que condicionaba atelectasia.

La evolución fue favorable, con resolución del empiema y del absceso pulmonar y reducción progresiva del AH. Los drenajes se retiraron al 7º día y la paciente fue dada de alta asintomática.

Discusión: El diagnóstico del AH sigue siendo hoy un reto médico, con una alta morbimortalidad.

La FHB es una rara complicación de esta entidad. Suelen presentarse en el contexto de un síndrome infeccioso florido, con fiebre, dolor abdominal en hipocondrio derecho y, en ocasiones, dolor pleurítico, tos y broncorrea purulenta. Pueden presentar disnea, como en el presente caso, y en algunas ocasiones ictericia.

El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha complementada con exámenes de laboratorio y pruebas de imagen. El TAC es la técnica de imagen de elección.

El tratamiento consta de una correcta terapia antibiótica que habitualmente debe complementar con el drenaje percutáneo de la misma o en última instancia, del drenaje quirúrgico.

CP070. PUNCIÓN-ASPIRACIÓN EN EL MANEJO DE LA COLECISTITIS AGUDA DEL PACIENTE FRÁGIL: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

A Fierro Aguilar, S Cerrato Delgado, A Valverde Martínez, AM Navarro Casanova, V Camacho Marente, MJ Castro Santiago, MD Casado Maestre, JM Pacheco García

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: El objetivo es la evaluación de los resultados de la punción-aspiración simple de la vesícula biliar sin colocación de drenaje en pacientes de alto riesgo quirúrgico con diagnóstico de colecistitis aguda.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo descriptivo de 37 pacientes tratados con punción-aspiración sin drenaje con cuadro clínico de colecistitis aguda recogidos desde Enero de 2016 a Diciembre 2019 en nuestro centro. La edad media era de 81 años, presentando comorbilidades como hipertensión arterial (86,29%), dislipemia (54%), cardiopatía (40%) y diabetes (35,14%). El 97.3% de los pacientes presentó un índice de Charlson por encima de 3 y el 64,87% presentaban criterios de colecistitis grado II de Tokyo. En el estudio se analizaron reactantes de fase aguda antes y después de la punción-aspiración, tratamiento antibiótico pautado y características del líquido evacuado, germen más comúnmente aislado, complicaciones derivadas de la técnica, necesidad de colecistectomía urgente por fracaso de la técnica, mortalidad y reingreso en los tres meses posteriores.

Resultados: La punción-aspiración simple sin colocación de drenaje produce una mejoría de la sintomatología del paciente, así como una disminución de los reactantes de fase aguda. La cantidad de contenido extraído fue variable (entre 10cc y 240cc de aspecto mayormente biliar), siendo el germen más comúnmente aislado el E. Coli. El antibiótico generalmente utilizado fue piperacilina-tazobactam prepunción (si bien posteriormente ajustamos antibioterapia al resultado del cultivo). En tres casos la punción no fue exitosa (11%) y se requirió cirugía urgente. La mayoría de los pacientes tuvo un ingreso de 7 días, si bien su estancia se prolongó por descompensaciones de las comorbilidades de los mismos que condicionaron tres exitus no relacionados con la técnica. Dos pacientes (5,4%) presentaron hematoma perihepático postpunción que requirieron en un caso transfusión y en otro antibioterapia y punción. Solo se produjo un reingreso en los tres meses posteriores por episodio de pancreatitis aguda litiasica (2,7%) y 6 pacientes fueron intervenidos de forma programada por persistencia de la clínica (16%).

Conclusiones: En este estudio se muestra como la punción-aspiración simple de la vesícula sin drenaje parece tener tasas de respuestas con resultados similares a los obtenidos en otras series de tratamiento urgente de colecistitis en pacientes con alto riesgo quirúrgico con drenaje y sin la morbilidad que conlleva la colocación del mismo. Por tanto, esta técnica muestra en nuestra serie de pacientes una mejoría clínica y analítica casi inmediata, una tasa de complicaciones relacionadas con la punción en solo dos pacientes tipo Clavien-Dindo II-III, con evolución posterior adecuada tras el alta y seguimiento favorable en consulta dentro del primer año.

CP071. RESPUESTA AL MANEJO CONSERVADOR DE HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO SECUNDARIO A MANIOBRAS DE RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR

L Sobrino Brenes, M López-Cantarero García-Cervantes, M Retamar Gentil, B Marengo de la Cuadra, M Infantes Ormad, J Reguera Rosal, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: La resucitación cardiopulmonar (RCP) se asocia a un aumento de la supervivencia en pacientes con parada cardiorrespiratoria si se instaura de manera inmediata. Sin embargo, no está exenta de complicaciones. Presentamos el caso de un hematoma subcapsular hepático tras realización de maniobras RCP.

Caso clínico: Varón de 67 años, portador de prótesis valvular mecánica con anticoagulación oral, que presenta parada cardiorrespiratoria en domicilio recibiendo masaje cardiaco y choque eléctrico en dos ocasiones tras objetivarse ritmo de fibrilación ventricular. Es trasladado a un hospital de tercer nivel y tras su estabilización inicial ingresa en la Unidad de Coronarias, realizándose a las 24 horas de ingreso una coronariografía diagnóstica tras la cual el paciente evoluciona a una situación de shock hipovolémico y anemia grave (Hb 4 g/dl). Se realiza TC de tórax y abdomen urgente con contraste donde se objetiva hematoma subcapsular hepático derecho de 16.5 cm de eje máximo en el plano transversal y laceraciones hepáticas a nivel de los segmentos IV y VI. Estos hallazgos corresponden a una lesión grado III según la AAST. Dado el alto riesgo quirúrgico y las alteraciones de la coagulación que presenta el paciente, se decide manejo no operatorio y suspender anticoagulación. Se activa protocolo de transfusión masiva y se consigue estabilidad clínica y analítica en las siguientes horas. Se reinicia anticoagulación con warfarina al 10º día por alto riesgo tromboembólico relacionado con sus antecedentes cardiológicos, sin nuevos eventos hemorrágicos durante el ingreso. El paciente es dado de alta tras 30 días de estancia hospitalaria. En seguimiento en consultas externas a los 6 meses del traumatismo hepático se encuentra asintomático y con TC de control que muestra reducción del tamaño del hematoma a 8,9 x 3,9 x 3,5 cm.



Figura 1

TC con contraste.

Discusión: El hematoma subcapsular del hígado es una complicación potencialmente mortal, con una incidencia aproximada del 0.6% en los pacientes supervivientes a maniobras de RCP tras parada cardiorrespiratoria, especialmente en aquellos que reciben tratamiento antiagregante o anticoagulante. El manejo quirúrgico

de los pacientes con lesiones hepáticas moderadas-severas puede suponer un desafío para el cirujano, por lo que el manejo conservador es una opción plausible, siempre que se realice en centros con capacidad para monitorizar de forma intensiva al paciente y con disponibilidad inmediata de angiografía y de quirófano. Hasta el momento, no existen recomendaciones sobre la realización de forma sistemática de una prueba de imagen tras maniobras de RCP para descartar lesiones abdominales.

CP072. REVISIÓN DE CASOS DE ISQUEMIA INTESTINAL AGUDA EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

E Calcerrada Alises¹, MÁ Gil Olarte Márquez¹, P Ciriano Hernández¹, D Sánchez Peláez¹, E Jiménez Higuera¹, C Martínez Pinedo², J Martín Fenrnández²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real. ²Servicio Cirugía General. Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real

Introducción: Diferentes causas pueden condicionar un déficit de aporte sanguíneo intestinal, que si no es tratado a tiempo, la isquemia conduce a una perforación intestinal y consecuente peritonitis con un alto grado de mortalidad. Por todo ello, se requiere un diagnóstico y tratamiento precoz.

Material y métodos: Presentamos una revisión de pacientes intervenidos en nuestro centro por isquemia intestinal en los últimos cinco años. Se incluyen 27 casos (14 hombres (51,8%) y 13 mujeres (48,1%)) con una media de edad de 73,48 años (41-91 años). No se han incluido aquéllos en los que se optó por tratamiento paliativo.

Entre los antecedentes destacaban HTA en 21 (77,7%), dislipemia en 14 (51,8%), diabetes mellitus en 9 (33,3%), enfermedad renal crónica el 6 (22,2%), cáncer en 5 (18,5%), FA en 3 (11,1%) y cardiopatía isquémica en 3 (11,1%), entre otros.

Entre las causas encontramos isquemia mesentérica aguda en 10 (37%), colitis isquémica en 7 (25,9%), bridas o hernias internas en 4 (14,8%), hernia encarcerada en 3 (11,1%), neoplasia obstructiva en 1 (3,7%).

En cuanto al segmento afecto, colon en 10 (37%), intestino delgado en 8 (29,6%), colon e intestino delgado en 3 (11,1%), recto-sigma en 3 (11,1%) e isquemia masiva en 3 (11,1%).

La cirugía se adaptó a los hallazgos intraoperatorios. En 4 (14,8%) no se realizó resección por ser isquemia recuperable o masiva, en 8 (29,6%) resección y anastomosis, en 5 (18,5%) resección y colostomía, en 9 (33,3%) resección e ileostomía y 1 (3,7%) recuperó viabilidad tras embolectomía.

Se realizó un promedio de 1,55 cirugías por paciente (1-3), con 5 días de ingreso en UCI (0-44 días) y 15,7 días de estancia total (1-82 días). Fallecieron 15 de los 27 pacientes (55,5%). Aquellos que fueron dados de alta presentaron buena evolución.

Resultados: La isquemia intestinal es una patología urgente que requiere un diagnóstico y tratamiento precoces, a pesar de los cuales el pronóstico puede ser sombrío (mortalidad 50-80%). Su incidencia aumenta con la edad, factores de riesgo cardiovascular y en pacientes críticos. La clínica es inespecífica, desde asintomático a un dolor abdominal desproporcionado. No existen pruebas específicas para el diagnóstico por lo que a menudo es necesaria la combinación de hallazgos clínicos, pruebas de laboratorio y angioTAC. El tratamiento es eminentemente quirúrgico y el principio básico es la resección de los segmentos intestinales necróticos y la reinstauración de la circulación esplácnica. En casos muy incipientes es posible resolverlo mediante procesos endovasculares.

Conclusiones: La isquemia intestinal tiene una rápida progresión y requiere un diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoz. A pesar de ello, la mortalidad es alta.

CP073. REVISIÓN DE COMPLICACIONES POST-APENDICECTOMÍA DURANTE FASE II DE COVID-19

C Peña Barturen, S Roldán Ortiz, D Pérez Gomar, MC Bazán Hinojo, JM Pacheco García

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: Revisar de forma retrospectiva las complicaciones en los pacientes intervenidos por proceso apendicular agudo durante la fase II del estado de alerta por la pandemia del SARS-COV-2 en nuestro Hospital.

Material y métodos: Se recogen los datos de forma retrospectiva entre fechas comprendidas entre 16 de marzo y 16 de junio de 2020, fase durante la cual nuestro centro, Hospital de tercer nivel, se encontraba en fase II del estado de alarma por presentar pacientes SARS-COV-2 positivos en UCI. En total 23 pacientes fueron intervenidos de apendicitis aguda en este periodo, 13 mujeres y 10 varones. El rango de edad osciló entre 14 a 82 años, con una media de 40.04 años. A todos se les realizó cuestionario de síntomas epidemiológicos en relación con COVID-19 a su llegada a urgencias y previo al ingreso e intervención quirúrgica test de PCR de SARS-COV-2 siendo negativo en todos nuestros pacientes. Se observa que la media de días de evolución es superior a 48 horas. El 56% presentaban leucocitosis asociada y un 78.26% acompañaban neutrofilia y PCR elevada. Prueba de imagen se realizó en el 95.65% de los pacientes.

La vía de abordaje laparotómica se utilizó en 56.53% y la vía laparoscópica en 43.47% restante, sin recoger ninguna conversión. La media en días de ingreso fue de 2.6 días, las complicaciones recogidas son una ISQ, dos seromas, un íleo paralítico y una disbacteriosis, sin reingresos ni reintervenciones.

Resultados: Según lo recogido durante la pandemia COVID-19, podemos destacar un aumento de días de evolución de esta patología, acompañándose de aumento de número de complicaciones. Por último, no se ha observado un mayor número de reingresos ni reintervenciones comparado con las apendicectomías urgentes realizadas anteriormente a época de pandemia por SARS-COV2.

Conclusiones: La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de abdomen agudo en todo el mundo, siendo la apendicectomía urgente el tratamiento estándar. El retraso en el diagnóstico y tratamiento conlleva un aumento de probabilidad de complicaciones como la formación de colecciones intraabdominales y aumento de tiempo de ingreso. Ante la situación de pandemia COVID-19, hemos recogido si realmente nuestros pacientes presentaban peores condiciones y apendicitis más evolucionadas en comparación con época no COVID.

CP074. REVISIÓN DE NUESTRA SERIE DE ABDOMEN ABIERTO Y TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

N Montemuiño Chulián, J Reguera Rosal, M Infantes Ormad, B Marengo de la Cuadra, M Retamar Gentil, F Oliva Mompeán, JA López Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: Las técnicas de abdomen abierto son esenciales como recurso en la cirugía de control de daños y en el tratamiento del síndrome compartimental abdominal, tanto en el manejo del paciente politraumatizado como en determinadas urgencias abdominales no traumáticas. Las indicaciones para su utilización cada vez son más claras y se dispone de recursos técnicos comerciales que mejoran los resultados, siendo en la actualidad las técnicas de cierre temporal abdominal con presión negativa y tracción fascial las que mejores resultados presentan, disminuyendo la incidencia de sus complicaciones (especialmente la fístula enteroatmosférica) y permitiendo el cierre fascial temprano en muchos de estos pacientes.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo de los casos que han requerido una técnica de abdomen abierto en nuestro centro desde el año 2012 al 2019.

Resultados: Han sido recogidos 26 pacientes. La edad media se sitúa en 57 años. La indicación de abdomen abierto responde a causa no traumática en el 92% de los pacientes. Las situaciones más frecuentes que motivaron la necesidad de abdomen abierto fueron el síndrome compartimental, en un 46% de los casos, y la sepsis abdominal por diversas causas en un 19%. Se empleó una terapia de presión negativa (TPN) en todos los pacientes, asociando tracción fascial en el 65% de ellos. Excluyendo a los pacientes que fallecieron, se consiguió el cierre fascial en el 77%, siendo la tasa de cierre del 100% en aquellos en los que se asoció tracción fascial, y del 25% en los pacientes en los que no se empleó dicha técnica. En cuanto a la estancia hospitalaria, la mediana fue de 43 días, siendo el tiempo medio hasta el cierre abdominal definitivo de 13 días, con una media de dos intervenciones intermedias para recambiar la TPN. Se consiguió un cierre fascial temprano en el 36% de los pacientes. La mortalidad fue del 50%. Tres pacientes (12%), desarrollaron una fístula enteroatmosférica. En revisiones a largo plazo, la incidencia de eventración fue del 36%.

Conclusiones: El cierre temporal abdominal mediante presión negativa y tracción fascial es hoy en día la técnica de elección en caso

de precisarse una técnica de abdomen abierto, independientemente de la indicación que lo motive (Grado de evidencia 2b). Los pacientes que requieren de este tipo de terapias tienen una morbimortalidad muy elevada, siendo recomendable que el manejo de los mismos sea llevado a cabo por unidades de cirugía de urgencias con formación específica en este tipo de patologías.

CP075. ROTURA ESPLÉNICA ESPONTANEA EN PACIENTE CON MONONUCLEOSIS INFECCIOSAS

B Marengo de la Cuadra, M Infantes Ormad, M Retamar Gentil, J Reguera Rosal, F Oliva Mompean, JA López Ruiz

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: La mononucleosis infecciosa (IM) es una enfermedad viral común, que causa dolor de garganta, fiebre, linfadenopatía cervical, linfocitosis atípica y esplenomegalia en adolescentes y adultos jóvenes. Es una enfermedad benigna y autolimitada, pero se describen diversas complicaciones; la rotura esplénica es rara (0,1%-0,5%) pero muy grave.

Caso clínico: Varón de 26 años sin antecedentes, diagnosticado de IM, que acude a urgencias por dolor abdominal intenso. Al ingreso, se objetiva hipotensión (88/55) con buena respuesta a volumen asociada a una Hemoglobina de 11,7 g/dl. Tras 24 horas en observación, presenta caída de hemoglobina hasta 9,3g/dl, por el que se le realiza TAC abdominal, objetivando laceración esplénica grado I con gran hematoma subcapsular y hemoperitoneo en cuantía moderada.

Debido a la estabilidad hemodinámica, se decide manejo conservador inicial y traslado a UCI para monitorización, observándose en las siguientes 24 horas nueva anemia hasta 8 g/dl asociado a taquicardia mantenida de 120 l/m, decidese realizar arteriografía para embolización de arteria esplénica como paso previa a esplenectomía de urgencias. Se realiza un sondaje selectivo de arteria esplénica y embolización distal a la trifurcación hiliar mediante microcatéter y coils, provocándose una reducción significativa del aporte arterial. Tras esto, se traslada a quirófano para esplenectomía urgente y evacuación de hemoperitoneo mayor de 2L.

El paciente presenta un postoperatorio favorable siendo dado de alta al octavo día postoperatorio sin incidencias reseñables.

Discusión: La esplenomegalia es una manifestación común de la IM presente en un 50% de los casos debido a la infiltración del parénquima esplénico por linfocitos atípicos, que pueden dar lugar a formación de folículos esplénicos y desaparición de la arquitectura del bazo, generando un aumento del tamaño y pérdida de consistencia, lo que favorece su rotura ante traumatismos mínimos o de manera espontánea.

La rotura espontánea del bazo normalmente ocurre varias semanas después del inicio de la enfermedad sin existir claramente datos que permitan predecirlo.

Tradicionalmente el tratamiento de elección de la rotura esplénica en el contexto de una IM era la esplenectomía, aunque en casos de estabilidad hemodinámica el tratamiento conservador puede ser una alternativa segura principalmente en población pediátrica por el elevado riesgo de sepsis postesplenectomía. Ante inestabilidad hemodinámica el tratamiento de elección continúa siendo la esplenectomía urgente.

Las diferentes opciones de tratamiento endovascular como la arteriografía con embolización, se considera una buena opción, tanto como tratamiento definitivo en casos seleccionados como paso previo a cirugía por el alto riesgos de sangrado masivo de estos pacientes.

CP076. ROTURA TRAUMÁTICA DE DIAFRAGMA.

R Forneiro Pérez, M Alcaide Lucena, G Cabello Calle, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: La rotura traumática del diafragma es una lesión infrecuente ocasionada por traumatismos cerrados y penetrantes tanto abdominales como torácicos. Conlleva una elevada tasa de morbilidad y mortalidad, pudiendo alcanzar un 21% de fallecimientos. Presentamos el caso de un paciente con esta afección.

Caso clínico: Varón de 73 años politraumatizado tras accidente de tráfico de alta intensidad. A la llegada al hospital, el paciente se encuentra obnubilado, con una saturación de O₂ del 60% y bradicárdico. Además existe una deformidad del hemitórax derecho con enfisema subcutáneo a ese nivel y crepitación en la palpación de arcos costales anteriores.

Se realiza una Body-TC que informa de posible rotura diafragmática derecha dada la sospecha de eventración parcial del hígado, que parece afectar a los segmentos VII-VIII (imagen 1-2), enfisema subcutáneo, hemotórax izquierdo, neumotórax derecho a tensión LSD y LM y múltiples fracturas óseas.

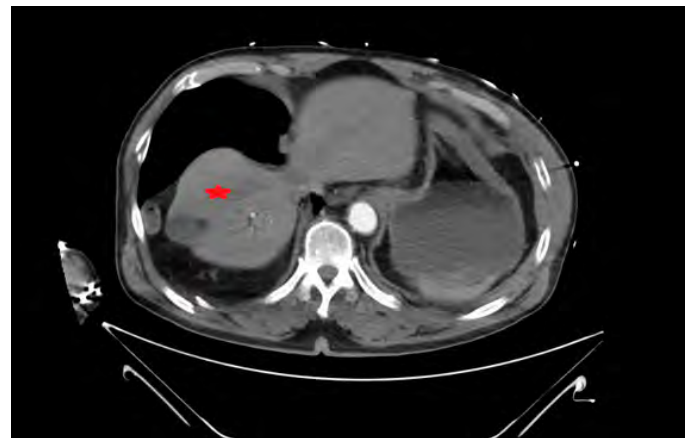


Figura 1 

Marca roja, eventración parcial de los segmentos 7 y 8.

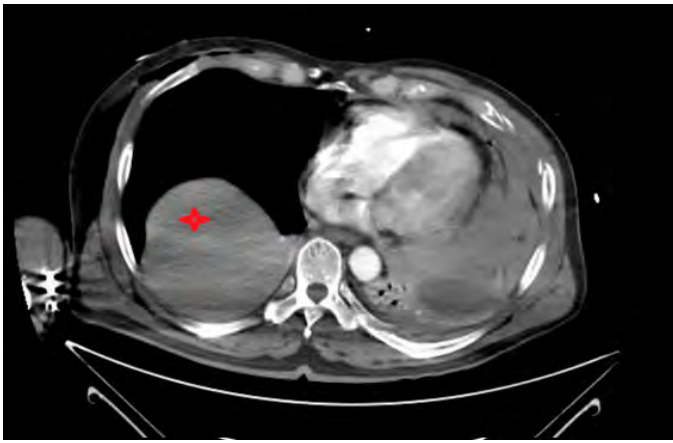


Figura 2

Marca roja, eventración parcial de los segmentos 7 y 8. Enfisema subcutáneo derecho.

CP077. SÍNDROME DE BOUVERET. A PROPÓSITO DE UN CASO

M Alcaide Lucena, MS Zurita Saavedra, MD Hernández García, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: El Síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de íleo biliar manifestada como obstrucción gástrica secundaria al impacto de un cálculo en el duodeno, debido a una fístula colecistoduodenal o coledocoduodenal. El tratamiento es quirúrgico, aunque existen controversias en la literatura en cuanto a resolver únicamente la obstrucción, o tratar en el mismo acto la fístula. Presentamos el caso de una paciente de 78 años tratada recientemente en nuestro centro.

Caso clínico: Mujer de 78 años con antecedentes de fibrilación auricular, cardiopatía isquémica, y cólicos biliares de repetición, que acude por dolor abdominal en hipocondrio derecho de un mes, y vómitos ocasionales. Empeoramiento en las últimas 48 horas, con vómitos y ausencia de tránsito intestinal. Analítica con alcalosis metabólica hipopotasémica e hipoclorémica, leucocitosis, y coagulopatía por acenocumarol.

En la TAC dilatación gástrica severa de hasta 32 cm de eje craneocaudal con abundante contenido líquido, hasta la tercera porción duodenal donde se evidencia gran litiasis obstructiva (23x35x23mm). Además aerobilia intrahepática moderada en radicales izquierdos con posible fistula colecistoduodenal.

Se realiza laparotomía exploradora urgente objetivando gran plastrón que incluye hígado, vesícula biliar, estómago, duodeno y colon, con cálculo pasado la segunda rodilla duodenal. Se realiza duodenotomía longitudinal con extracción del cálculo + duodenorrafia transversa.

Postoperatorio sin complicaciones, continúa asintomática al año de la intervención.

Discusión: El Síndrome de Bouveret es una causa infrecuente de íleo biliar (1-3%) manifestada como obstrucción gástrica secundaria al impacto de un cálculo en el duodeno, debido a una fístula colecistoduodenal o coledocoduodenal asociándose a cálculos de gran tamaño. Los dos primeros casos fueron descritos por León Bouveret, en 1896. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada (a partir de los 70-75 años), como el caso que presentamos. Presenta una clínica inespecífica, siendo los síntomas más frecuentes el dolor abdominal, las náuseas y los vómitos. Siendo más frecuente en mujeres de edad avanzada. La cirugía es el tratamiento de elección. Existen controversias en cuanto a la técnica de elección, la extracción del cálculo con resolución del cuadro agudo y diferir la cirugía sobre la vesícula y la fístula en un segundo acto, o bien durante el mismo acto quirúrgico que se recomienda cuando existe de manera concomitante colecistitis aguda o empiema de la vesícula biliar, o bien en aquellos pacientes de bajo riesgo sin distorsión anatómica de la vía biliar, siendo preferible considerar la colecistectomía y reparación de la fístula en un segundo tiempo en pacientes de alto riesgo, con mala situación clínica o comorbilidades graves.

Discusión: La rotura del diafragma es más frecuente en los traumatismos cerrados, en varones y en el hemidiafragma izquierda. La incidencia oscila en el 2,5-5% de los traumas abdominales cerrados y en el 1,5% de los traumas torácicos. Es muy común encontrar lesiones asociadas, a nivel de tórax, hígado, bazo, fracturas de pelvis y traumatismo craneoencefálico.

La clínica es variable, desde la casi ausencia hasta la inestabilidad con graves lesiones viscerales. El dolor torácico y abdominal y la disminución o abolición del murmullo vesicular hacen sospechar el diagnóstico.

La radiografía simple de tórax presenta alteraciones en el 77% de los pacientes, como la herniación intratorácica de vísceras huecas y la localización anormal de la sonda nasogástrica por encima del diafragma. Si el paciente está estable, debe realizarse una TC tóraco-abdominal para identificar lesiones asociadas y órganos herniados.

El tratamiento definitivo es quirúrgico si bien puede diferirse si no existen otras indicaciones de cirugía urgente, para estabilizar primero las lesiones craneales o pulmonares concurrentes. La técnica estándar es la sutura con material irreabsorbible mediante una sutura continua o puntos sueltos. Si el defecto es muy grande, puede colocarse una malla de Prolene. Las rupturas izquierdas se abordan mejor por la vía abdominal, y las lesiones derechas mediante una toracotomía. La experiencia en el abordaje laparoscópico aún es escasa, pero con buenos resultados.

Nos encontramos ante una lesión poco frecuente, donde es necesario un alto índice de sospecha para poder diagnosticarla antes de llevar a cabo una intervención quirúrgica.

CP078. TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA COMO TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA ENTEROCUTÁNEA.

J Gavilán Parras, G Salguero Segui, S Macmathuna, S Martín Arroyo, E Muñoz Caracuel, D Raposo Puglia

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: Son muchos los retos que un posoperatorio puede suponer cuando aparecen las complicaciones, y se vuelven especialmente complejos cuando varias aparecen al mismo tiempo¹. Este caso ilustra cómo desde nuestro servicio intentamos aplicar la terapia de aspiración M-Vac a una herida abierta que contenía en su interior una fístula de una anastomosis de colon transverso

Caso clínico: Se interviene el 20 de Octubre de 2019 de Urgencias, presentando una eventración supraumbilical encarcerada y estrangulada, con colon trasverso en su interior de aspecto necrótico y perforado. Se realizó una resección del segmento afecto y una anastomosis colocolica, con cierre primario de la pared abdominal.

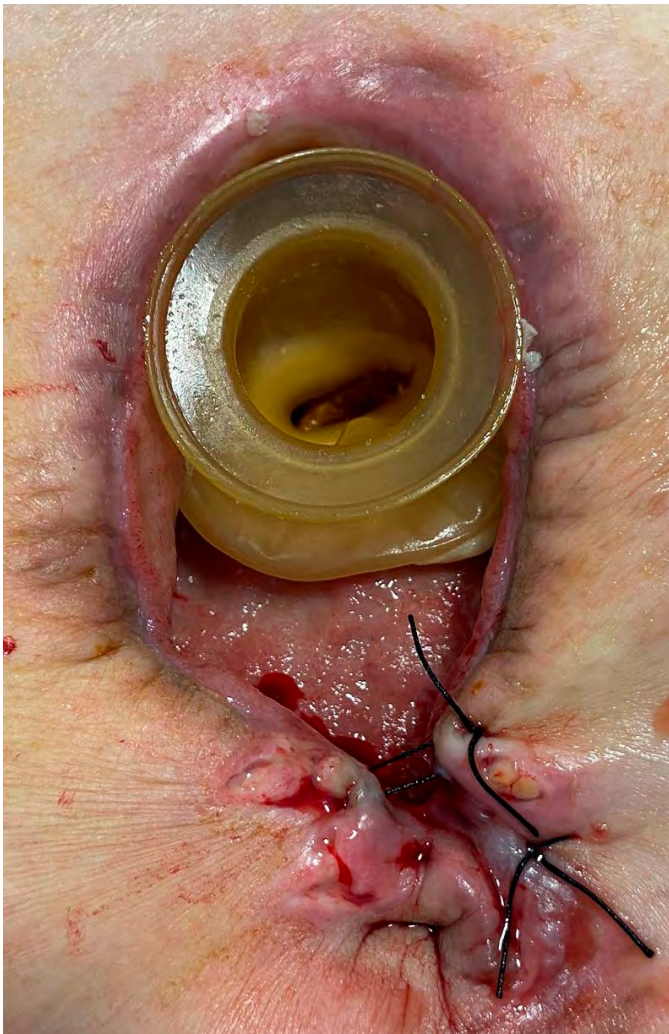


Figura 1 Dispositivo ideado para sellar la fístula, a su alrededor se colocaba la esponja para hacer el vacío.

Durante el PO se complica con una fístula enterocutánea que evoluciona desfavorablemente con manejo conservador por lo que se abre la herida y se le comienza a aplicar terapia de presión negativa.

Tras cuatro meses de ingreso con este tratamiento se consigue exteriorizar la fístula hacia la piel de forma que esta funciona como una colostomía transversa, la paciente presenta una notable mejoría clínica por lo que es dada de alta para control en consultas. No se decide cierre de la colostomía pues se trata de una paciente añosa con buena tolerancia al estoma.



Figura 2 Colostomía transversa normofuncionante que la paciente presenta a día de hoy.

Discusión: La terapia de presión negativa junto unido a la aproximación fascial es la principal recomendación para aquellas heridas en las que no se logra un cierre primario²⁻⁵. Sin embargo, para el correcto funcionamiento de esta es necesario conseguir un vacío hermético, lo cual se complica considerablemente con la aparición de fístulas entéricas. De forma similar a la planteada por la

serie de Cuendis-Velázquez⁶, ideamos un sistema para aislar la salida de material sucio del interior de la fistula sin perder el vacío. Con ello se consiguió formar un tejido de granulación sobre una fistula que terminó funcionando como ostomía. Esperamos que este caso sirva de guía para posibles complicaciones similares.

CP079. TORSIÓN DE BAZO ERRANTE EN EL ADULTO: UNA RARA CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

MA Herrero Torres, M Domínguez Bastante, E Brea Gómez, K Muffak Granero, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El bazo errante es una entidad rara, en la que el bazo se encuentra fijado únicamente por su pedículo vascular. Como resultado, el bazo es muy móvil y se puede localizar en partes más bajas del abdomen, lo que aumenta el riesgo de torsión y de infarto.

Caso clínico: Paciente varón de 18 años intervenido hace un año de hernia diafragmática gigante izquierda, realizándose reducción del contenido herniario y reparación del diafragma con malla vía laparoscópica. Acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal de doce horas de evolución asociado a vómitos y diarrea. A la exploración abdominal se apreciaba masa dolorosa en mesogastrio de unos 15 por 15 centímetros. Analíticamente destacaba leucocitosis, elevación de la proteína C reactiva y plaquetopenia. Se realizó una tomografía computarizada (TC) con contraste intravenoso que informó de torsión esplénica, con un bazo migrado hacia mesogastrio con signos de isquemia (**Figura 1 y 2**).

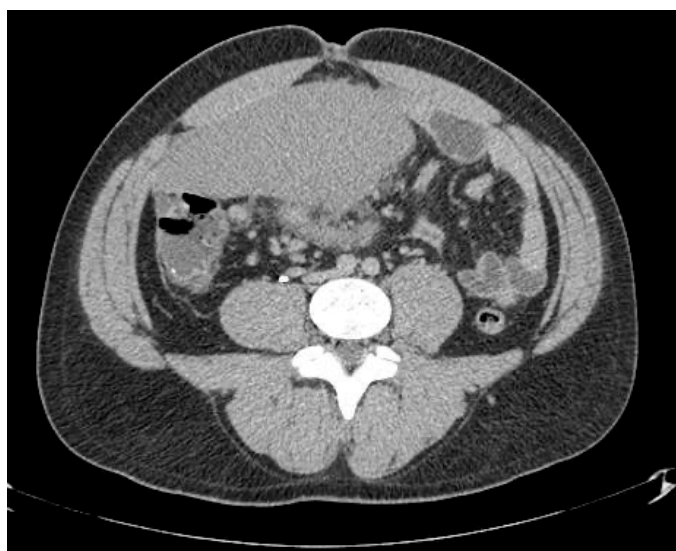


Figura 1 Corte transversal de TC abdominal en fase portal tardía que muestra bazo localizado en mesogastrio.



Figura 2 Corte sagital de TC abdominal en fase portal tardía que muestra bazo localizado en mesogastrio.

Se trasladó urgentemente a quirófano. Mediante una laparotomía media se evidenció un bazo aumentado de tamaño con aspecto isquémico, localizado en mesogastrio con el pedículo dilatado y torsionado sobre su eje de 360°, lo que precisó de una esplenectomía.

El postoperatorio cursó sin incidencias y fue dado de alta al segundo día postoperatorio con seguimiento por Medicina Preventiva para la administración de las vacunas correspondientes

El resultado anatomopatológico informó de un bazo congestivo. 6 meses después de la cirugía, el paciente se encontraba asintomático.

Discusión: El bazo errante es una condición en la que no existen los ligamentos que fijan el bazo. Puede ser debido a una anomalía congénita; o puede tener un origen adquirido: por múltiples embarazos, aumento de tamaño del bazo o cirugía abdominal. Aparece en menos del 0,2% de la población, siendo más frecuente en la infancia, en mujeres en edad fértil y en multíparas.

La clínica es muy variable, desde casos asintomáticos o sensación de masa abdominal hasta abdomen agudo por torsión esplénica.

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen, fundamentalmente TC. Éste nos informa de la localización y estado del hilio y del parénquima esplénico.

El tratamiento es quirúrgico, tanto vía laparotómica como laparoscópica. Durante la cirugía es necesario determinar la viabilidad del órgano tras detorsionar el pedículo: si recupera perfusión, latido y coloración, se podría plantear una esplenopexia. Si el bazo se encuentra con cambios isquémicos irreversibles precisará una esplenectomía. Es preferible evitar el estado de anesplenia, ya que aumenta el riesgo de infecciones por bacterias encapsuladas.

CP080 TRAUMATISMO ABDOMINAL Y LESIÓN VESÍCULA BILIAR

M Pérez Reyes, F Botello García, C Rodríguez Silva, AJ González Sánchez, B Sánchez Pérez, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: La lesión de la vesícula biliar con ruptura aislada como resultado de un traumatismo abdominal cerrado es poco frecuente (<1%).

Caso clínico: Paciente de 47 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencias tras sufrir accidente de tráfico (choque frontal contra otro coche). Desde entonces, presentaba dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho. Asociaba fiebre de 38,5°C. No presentaba otra sintomatología. En la exploración física presentaba dolor en hipocondrio derecho, con defensa e irritación focalizada en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo.

En la analítica destacaba 18.170 leucocitos/ μ L, Proteína C Reactiva 385mg/L, perfil hepático y pancreático normal. Se realizó TAC abdominal (imagen 1) presentando la vesícula biliar distendida con pared hiperdensa y contenido homogéneo; aumento de atenuación de la grasa perivesicular, vía biliar intra/extrahepática normal, hallazgos sugestivos de traumatismo vesicular.

Se decidió intervención quirúrgica mediante laparoscopia. Se evidenció un plastrón en hipocondrio derecho conformado por epiplón mayor y colon que protegía una colecistitis necrótica. Al diseccionar el plastrón se observó bilis extraluminal por rotura de la pared o filtración. Tras la disección de Callot y sección del conducto y arteria cística, se completó la colecistectomía sin incidencias. El postoperatorio evolucionó de favorablemente, siendo dado de alta al 5º día. La anatomía patológica fue colecistitis aguda gangrenosa litiasica.

Discusión: Es raro que se produzca lesión aislada de la vesícula en traumatismos cerrados por su ubicación anatómica protectora, es más común por herida penetrante. Se encuentra con mayor frecuencia de forma incidental en laparotomías indicadas por lesiones asociadas.

El espectro de lesiones va desde contusión hasta laceraciones y avulsiones. Precisa alto índice de sospecha para diagnosticarla, por ello no es infrecuente un retraso en el diagnóstico ya que los síntomas iniciales a menudo son vagos.

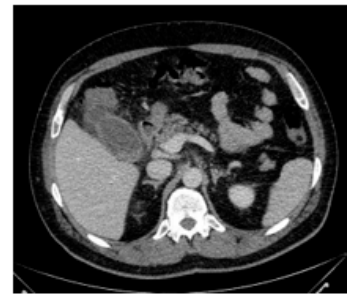


Figura 1

TAC abdomen: Vesícula biliar distendida, pared hiperdensa.

El TAC abdominal puede diagnosticar las lesiones por avulsión y hemorragia, pero no hay signos específicos para laceración.

La colecistectomía es el tratamiento definitivo.

CP081. TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA AGUDA

F Botello García, M Pérez Reyes, JM Aranda Narváez, J Turiño Luque, J Santoyo Santoyo, J Sánchez Segura, I Mirón Fernández

Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: La trombosis venosa es una de las potenciales causas de isquemia mesentérica. Su gravedad varía en función de su velocidad de instauración, localización y extensión.

Caso clínico: Varón de 42 años sin antecedentes que acude a Urgencias por dolor abdominal difuso, de predominio en flanco y fosa iliaca derecha, asociado a vómitos, de 24 horas de evolución.

En la exploración presenta buen estado general, normotenso con leve taquicardia (105 lpm). A la palpación abdominal dolor predominantemente en flanco derecho con discreta irritación peritoneal.

En la analítica destaca elevación de reactantes de fase aguda (24000 leucocitos/ μ L, proteína C reactiva 170mg/L). Se solicita TAC abdominal que muestra un defecto de repleción en vena porta, vena mesentérica superior y sus ramas en relación con trombosis venosa, junto a engrosamiento y realce parietal de asas de íleon, sugestivo de isquemia (Figura 1a).

Se inicia tratamiento conservador con anticoagulación a dosis terapéuticas y trombolisis directa mediante catéter transparietohepático (Figuras 1b y 1c) a las 48 horas del ingreso consiguiéndose una recanalización parcial de la porta y vena mesentérica superior con mejoría del sufrimiento de asas en TAC de control.

Finalmente, el paciente es dado de alta el 9º día de ingreso, con buena evolución clínica y analítica, manteniendo la anticoagulación terapéutica. Sin embargo, a los 5 días del alta, ingresa por Urgencias por dolor abdominal brusco, con irritación peritoneal en fosa iliaca derecha y fiebre. Se le realiza un nuevo TAC que revela signos de perforación intestinal (Figura 1d). Se realiza laparotomía exploradora evidenciando plastrón de asas yeyuno-ileales, sigma y epiplón englobando una perforación puntiforme de delgado. Se realizó resección intestinal y anastomosis manual.

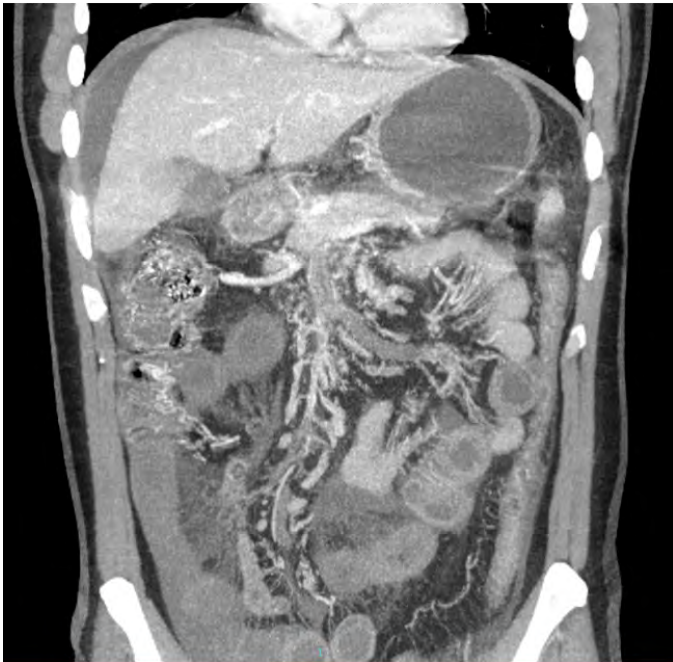


Figura 1a
TC ingreso: Trombosis venosa portal, mesentérica superior y sus ramas.



Figura 1b
Trombolisis.

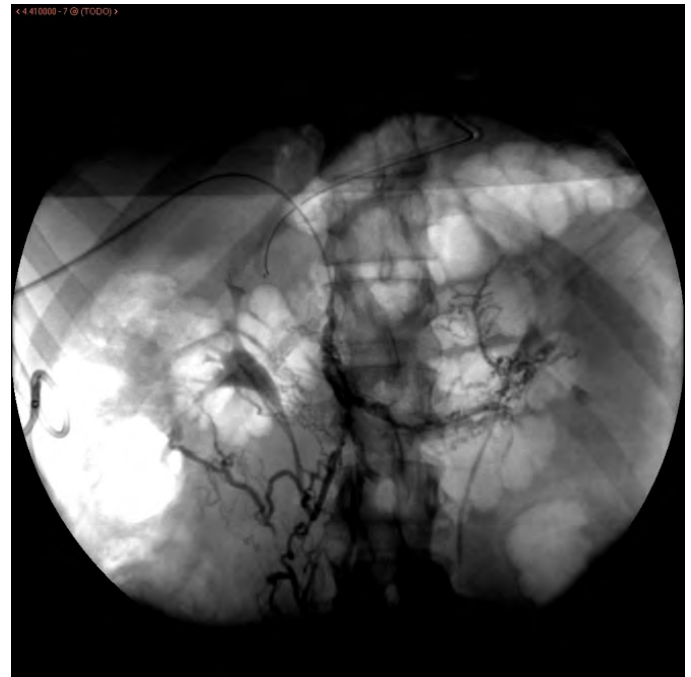


Figura 1c
Trombolisis.



Figura 1d
TC reingreso: Perforación intestinal.

El postoperatorio cursó sin incidencias, pudiendo ser alta al 8º día del reingreso.

Discusión: Las trombosis mesentéricas representan un 6-9% de las isquemias mesentéricas, lo que la convierte en una enfermedad poco frecuente, y, por tanto, poco estudiada.

Su etiología se ha relacionado con factores locales y sistémicos, afectando casi siempre la vena mesentérica superior, concretamente, el íleon, seguido del yeyuno.

Su presentación es inespecífica, siendo necesario un alto índice de sospecha, siendo el TAC la técnica de imagen más habitual para su diagnóstico.

La base del tratamiento es la anticoagulación. Como adyuvancia se puede realizar trombólisis farmacológica o trombectomía, siendo consideradas todavía técnicas experimentales. La exploración quirúrgica urgente está indicada en caso de signos de infarto intestinal o perforación, siendo su objetivo lo más conservador posible, revisando al paciente si fuera necesario.

El pronóstico viene marcado por una tasa de recurrencias de hasta un 15% y una tasa de mortalidad del 15 al 42%.

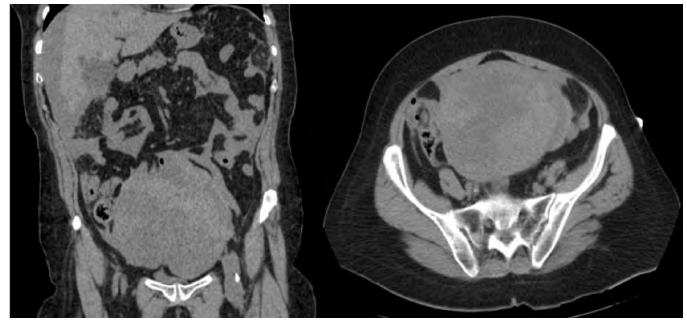


Figura 1

Se muestra en la tomografía una imagen pélvica con hemoperitoneo.

CP082. TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): REPORTE DE CASO EN URGENCIAS

Ó Alpizar Rivas, M López-Cantarero García-Cervantes, A García Reyes, A Cano Matías, F Oliva Mompean

Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: Con solo el 1% de los cánceres intestinales, los GIST son los tumores mesenquimatosos más comunes en el tracto gastrointestinal, pudiendo presentarse en cualquier nivel, pero afectando principalmente estómago e intestino delgado. Se ha descrito que puede debutar como abdomen agudo en un 15% de los casos.

Se presume su origen es de las células de Cajal, pudiendo tener una histología con células fusiformes, epitelioides o mixtas. Su marcador más característico es el receptor de Tirosin Kinasa (KIT), un protooncogen clave en su patogénesis y en la planificación de su tratamiento, aunque su negatividad no descarta su presencia. A continuación describiremos un caso clínico en urgencias.

Caso clínico: Mujer de 68 años sin comorbilidades previas que consulta a urgencias por cuadro agudo de dolor abdominal, deterioro del estado general, vómitos y melena. Se le realiza un TC-abdomen y pelvis con contraste que describe abundante hemoperitoneo asociado a imagen pélvica vascularizada de probable origen uterino de 10x14x16 cm con extravasación de contraste. Se lleva a quirófano de urgencias con diagnóstico preoperatorio de sangrado abdominal de origen ginecológico. Tras exploración por laparotomía, se observa una masa de aspecto cerebroide con la capsula rota en el borde antimesentérico del yeyuno, que fue reseca. Posteriormente se realizó una anastomosis latero-lateral de intestino delgado. La paciente fue dada de alta después de ocho días de posoperatorio inmediato y hospitalización sin incidencias. La anatomía patológica reporto GIST mixto con mutación en c-KIT con delección del exón 11, por lo que se le inició tratamiento con Imatinib con intención adyuvante.

Discusión: El pronóstico de la enfermedad, desde el punto de vista quirúrgico, es determinado por márgenes libres de enfermedad. Esto es difícil de determinarlo en cirugía de urgencias debido a la ruptura



Figura 2

Resección de intestino delgado con pieza del GIST con la capsula rota.

capsular, la cual es un factor de riesgo independiente. Estos casos deben de ir enfocados principalmente en el control de daños. No es obligatorio una amplia disección linfática ya que no suele diseminarse por esa vía y más bien, se caracteriza por un crecimiento expansivo intraluminal. Por esta razón, si las condiciones intraoperatorias lo permiten, es posible la reconstrucción inmediata del tránsito.

CP083. TUMOR GIST DE INTESTINO DELGADO: CAUSA INFRECUENTE DE HEMOPERITONEO ESPONTÁNEO

JJ Pereira Grillo, IM Muñoz Nuñez, B Cantarero Jiménez, M Maes Carballo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril

Introducción: El tumor del estroma gastrointestinal (GIST) es la neoplasia mesenquimal más frecuente del tracto digestivo, siendo el 80 % de ellas, sin embargo sólo representan el 1% de todas las neoplasias gastrointestinales. Su localización más frecuente el estómago (60%), seguido del intestino delgado (30%). Se caracterizan por la expresión de la proteína CD117 en la inmunohistoquímica.

El hemoperitoneo espontáneo, entidad poco frecuente, es la presencia de sangre dentro de la cavidad peritoneal sin antecedente traumático.

Caso clínico: Mujer de 86 años refiere dolor abdominal generalizado, de inicio súbito, sin traumatismo asociado, a la exploración abdomen distendido, dolor difuso a la palpación con mayor intensidad en hipogastrio y defensa generalizada. En el TAC de abdomen se evidencia líquido libre compatible con hemoperitoneo con signos de sangrado activo asociado a masa de 6x8cm de origen intestinal vs anexial (Figura 1).

Se realiza laparotomía exploradora de urgencia, se evidencia hemoperitoneo de 1 litro y tumoración sobre asa de yeyuno, extramural y pediculada con sangrado activo (Figura 2 y 3). Se realiza resección segmentaria de yeyuno que contiene la tumoración y anastomosis laterolateral. La paciente tuvo una recuperación satisfactoria sin complicaciones en el postoperatorio.

AP: Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de grado intermedio con bordes de resección sin afectación neoplásica, diámetro máximo 5.5cm, índice mitótico: 2 mitosis en 50 campos de gran aumento. En comité de tumores se decide seguimiento sin quimioterapia adyuvante y tras 12 meses de la intervención no ha presentado recidiva tumoral.



Figura 1

TAC de Abdomen con Contraste donde se evidencia hemoperitoneo con sangrado activo y masa dependiente de intestino delgado.

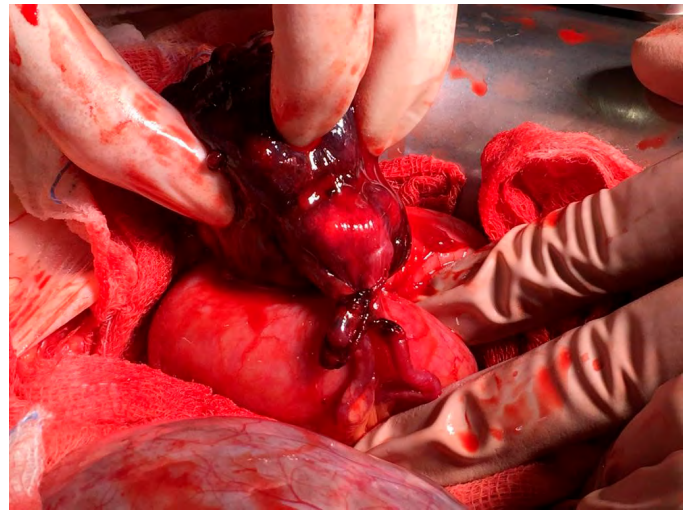


Figura 2

GIST de intestino delgado con sangrado activo.

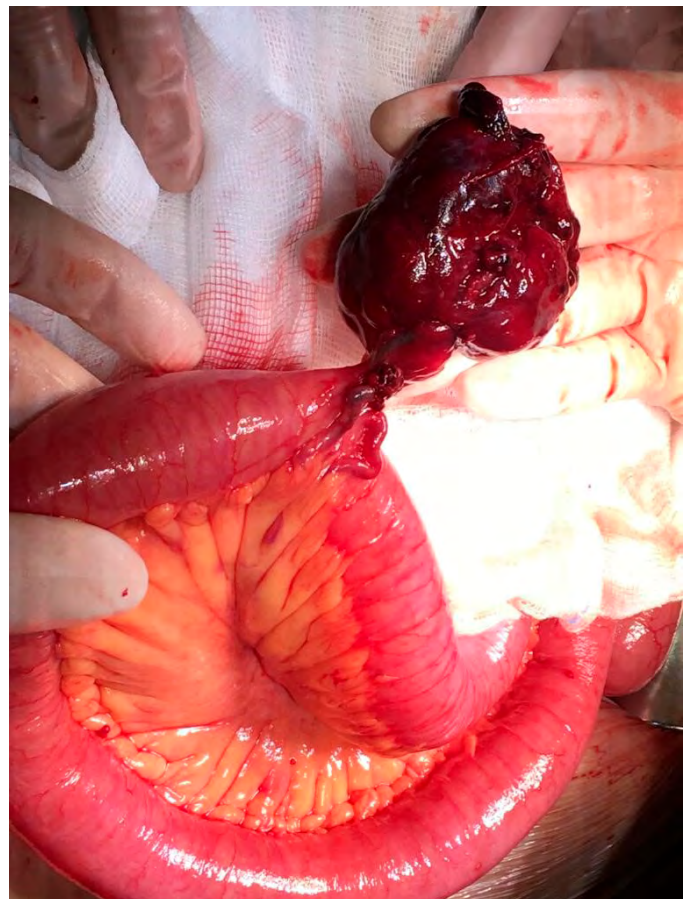


Figura 3

GIST de intestino delgado pediculado con vasos aberrantes que dependen del mesenterio.

Discusión: El diagnóstico de los GIST suele ser tardío al originar síntomas inespecíficos por el crecimiento del tumor, con menor frecuencia se diagnostican por obstrucción intestinal, intususcepción

o hemorragia por ruptura del tumor en la luz gastrointestinal o cavidad peritoneal.

El tamaño y el índice mitótico son los principales factores de riesgo de malignidad, siendo tumores probablemente benignos

aquellos inferiores a 5 cm y con menos de 5 mitosis en 50 campos de gran aumento; y malignos los mayores de 10 cm o más de 5 mitosis. Existe, por tanto, un grupo intermedio de comportamiento incierto o de bajo potencial maligno.

El tratamiento de los GIST es quirúrgico, no siendo necesarias las intervenciones oncológicas linfoganglionares, ya que no suele haber invasión ganglionar, y es suficiente la resección local con márgenes libres. Una característica de estos tumores es su alto índice de recurrencia siendo de casi un 40%, incluso después de una resección completa, con un tiempo medio de 18 a 24 meses.

CP084. TUMOR NEUROENDOCRINO SIMULANDO UNA BRIDA POSTQUIRÚRGICA: UNA CAUSA INFRECIENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

A Ortega Martínez, F Ramos Muñoz, N Tapia Durán, M Ortega Castán, R de Luna Díaz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Los tumores neuroendocrinos son un grupo heterogéneo de tumores infrecuentes que derivan de las células neuroendocrinas. Pueden originarse a lo largo de todo el tubo digestivo, siendo el íleon el lugar de aparición más habitual.

Cuando producen clínica puede ser secundaria a la producción de sustancias vasoactivas, ocasionando el síndrome carcinoide, o provocan síntomas secundarios a la inflamación y fibrosis de tejidos adyacentes dando lugar a cuadros de obstrucción intestinal.

Caso clínico: Mujer de 74 años intervenida de histerectomía con doble anexectomía hace años. Acude a urgencias por dolor y distensión abdominal de 48 horas de evolución acompañado de vómitos fecaloideos con ausencia de deposiciones y ventoso. A la exploración presenta abdomen distendido y timpánico, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho, sin irritación peritoneal. Se realiza TC de abdomen donde se aprecia una obstrucción de intestino delgado con cambio de calibre en pelvis, probablemente secundario a cuadro adherencial, con signos de sufrimiento intestinal. Ante los hallazgos clínicos y radiológicos se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía media observando síndrome adherencial extenso con adherencias múltiples a línea media y una dilatación generalizada de asas de intestino delgado, con cambio de calibre a nivel de íleon, donde se observa brida clara a pelvis y lesión intraluminal asociada que no permite el paso de contenido intestinal tras su liberación. Se realiza resección intestinal de 10cm de íleon englobando brida forme y la lesión. Se realiza anastomosis ileo-ileal.

El resultado de la anatomía patológica es de tumor neuroendocrino bien diferenciado (G2) que infiltra la pared intestinal, infiltrando focalmente el tejido adiposo y quedando a menos de 1 mm de la serosa, lo que produce adherencia entre 2 asas (zona de obstrucción). La paciente presenta buena evolución postoperatoria y es dada de alta al 7º día tras la cirugía.

Discusión: Los tumores neuroendocrinos son una causa infrecuente de obstrucción intestinal. Se trata de neoplasias que derivan de células enterocromafines productoras de serotonina y otros factores de crecimiento. Estas sustancias producidas por el tumor generan una reacción desmoplásica muy intensa produciendo una importante fibrosis tanto a nivel local como a distancia del tumor primario. Además, tienden a infiltrar la pared intestinal, extendiéndose al mesenterio hasta en un 80% de los casos. La fibrosis intraabdominal puede producir una obstrucción por adherencias de las asas intestinales o por estenosis luminal. Esta situación obliga a realizar resecciones intestinales urgentes. La cirugía continúa siendo el tratamiento de elección para estos tumores.

CP085. ÚLCERA GÁSTRICA COMPLICADA CON NEUMATOSIS PORTAL

EA Buendía Peña, JL Fernández Serrano, JM Cabrera Bermon, B García García, S Mansilla Díaz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: El gas en el sistema venoso portal no es una enfermedad como tal, sino una expresión de complicaciones de otras patologías. La mortalidad no suele ser favorable ante la presencia de este signo radiológico, pero viene determinada fundamentalmente por la naturaleza y severidad de la enfermedad subyacente. Entre las entidades clínicas más frecuentes cabe destacar la isquemia intestinal, la dilatación del tracto digestivo, los abscesos abdominales y la enfermedad inflamatoria intestinal. Exponemos un caso de úlcera gástrica estenosada y perforada con significativa neumatosis portal.

Caso clínico: Varón de 59 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial, ictus isquémico sin secuelas, angina inestable con stent farmacológico en coronaria derecha, síndrome de Gitelman y úlcera gástrica. Fumador y no consumidor de alcohol.

Acude a urgencia por síncope tras dolor torácico y dolor abdominal epigástrico de 12 horas de evolución, asociado a vómitos. A su llegada, paciente con mal estado general, sudoroso, hipotenso (75/45 mmHg), taquicárdico (115 lpm) y taquipneico (18 rpm). A la exploración abdominal, se aprecia abdomen agudo.

Se extrae analítica, con hallazgos de leucocitosis (18620 cels/mm³) Creatinina (4.49 mg/dl) Potasio (2,7 mEq/L), Proteína C reactiva (163 mg/L), Procalcitonina (64 ng/ml). Acidosis metabólica (ph 7.10) con ácido láctico de 15 (mmol/L). Tiempo protrombina (30%)

Se solicita Tc de abdomen y pelvis tras estabilización en observación, con hallazgos de dilatación de cámara gástrica con cambio de calibre en primera porción duodenal. Significativa neumatosis gástrica y neumoperitoneo con abundante gas venoso porto-mesentérico

Se decide cirugía mediante laparotomía exploratoria, con hallazgos de peritonitis purulenta generalizada, dilatación gástrica significativa generada por úlcera pilórica crónica estenosada y con



Figura 1

Hallazgos de TC de abdomen

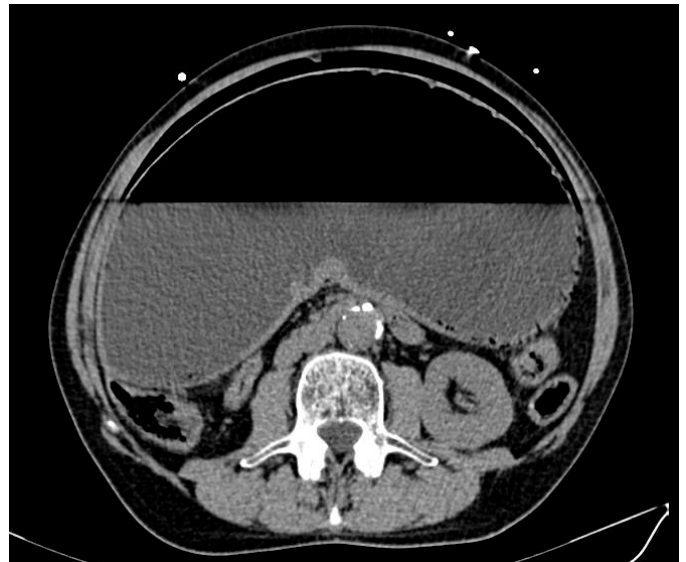


Figura 3

Hallazgos de TC de abdomen.



Figura 2

Hallazgos de TC de abdomen.



Figura 4

Hallazgos de TC de abdomen.

perforación subcentrímetra en cara anterior postpilórica. Se decide realizar piloroplastia amplia según técnica de Heineke-Mikulicz con epiploplastia, previa toma de biopsia de zona ulcerada, lavado abdominal y colocación de drenajes. Paciente se traslada a UCI intubado y con drogas vasoactivas a altas dosis.

Paciente presenta múltiples complicaciones posoperatorias, insuficiencia renal aguda, íleo paralítico de larga duración, atrofia muscular. Finalmente, tras varios meses, paciente es dado de alta con nutrición enteral y rehabilitación ambulatoria. En la anatomía patológica, hallazgos de inflamación crónica sin malignidad.

Discusión: El tratamiento de los pacientes con gas portal debe ir enfocado a la enfermedad subyacente y no asociarse inmediatamente a isquemia intestinal. La situación clínica de los pacientes es fundamental para plantear una actitud quirúrgica, ya que algunas

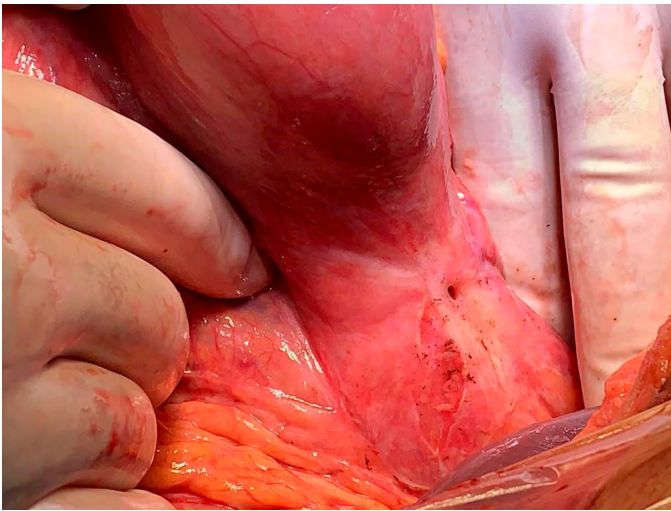


Figura 2

Perforación y estenosis pilórica.

entidades pueden manejarse conservadoramente. La causa subyacente es la que determina el pronóstico del paciente.

CP086. ÚLCERA SOLITARIA COLÓNICA SIMULADORA DE CÁNCER COLORRECTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Alberca Páramo, L Pico Sanchez, JA Blanco Elena, T Robles Quesada

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: Describimos el caso de una paciente con sospecha en pruebas de imagen y clínica de estenosis maligna de origen cólico con diagnóstico definitivo de patología benigna.

Caso clínico: Mujer de 61 años que acude a urgencias por estreñimiento de un mes de evolución y dolor abdominal, con antecedentes de dorsalgia, colecistectomía laparoscópica y dos cesáreas previas. La paciente refiere más de un mes de estreñimiento con uso de laxantes rectales no efectivos y cese de emisión de gases en los últimos días. Náuseas y distensión abdominal. A la exploración objetivamos un abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de forma difusa y generalizada mas agudizado en flanco izquierdo con timpanismo sin signos de irritación peritoneal. La analítica mostraba leucocitosis con neutrofilia y una elevación de la PCR. La radiografía abdominal objetivó dilatación de asas intestinales con fecaloma en colon izquierdo. Se realizó TC abdominal que mostró lesión estenosante en colon descendente que provocaba una dilatación retrógrada del colon con pequeña cantidad de líquido libre en gotiera paracólica izquierda probablemente de origen neoplásico. Ante dichos hallazgos se decidió realizar de forma urgente una hemicolectomía izquierda con colostomía terminal y cierre rectal manual. Se objetivó gran cantidad de heces induradas en todo el marco cólico. La paciente

fue dada de alta al 6º día postquirúrgico con colostomía funcional, afebril y buena tolerancia oral.

La anatomía patológica definitiva objetivó una lesión ulcerada de bordes indurados de 2.5cm con disminución de la luz a dicho nivel. Distal a la misma se objetiva una dilatación postestenótica con mucosa de pared adelgazada. No se objetivan ganglios afectados.

Discusión: La úlcera solitaria de colon también se describe como úlcera inespecífica, úlcera benigna o úlcera simple de colon. Se han propuesta varias causas como el uso de AINES o anticonceptivos orales, traumatológica, enfermedad diverticular o problemas vasculares en la circulación mesentérica.

Su localización más frecuente es en ciego(44%), seguida del colon transverso. Es más frecuente en el varón(2:1) y hacia la 5ª-6ª década.

La sintomatología es muy variable: dolor, sangrado, estreñimiento, diarrea, obstrucción intestinal o incluso pérdida de peso. El diagnóstico suele ser por exclusión o incluso intraoperatorio. La colonoscopia puede realizar dicho diagnóstico, mientras que el enema opaco presenta una menor sensibilidad.

El tratamiento recomendado ante dicha patología es la resección del segmento afectado o en algunos casos una hemicolectomía. Se describen algunos casos tratados de forma conservadora aunque implican un seguimiento colonoscópico con biopsias para excluir los carcinomas ulcerados.

CP087. VÓLVULO GÁSTRICO AGUDO MESENTÉRICO-AXIAL INTRATORÁCICO ASOCIADO A HERNIA HIATAL: MANEJO LAPAROSCÓPICO DE UNA RARA ENTIDAD

JJ Trujillo Díaz¹, M Ruiz Soriano², C Jezieniecki Fernández², T Gómez Sanz², J Herreros Rodríguez², H Núñez del Barrio², A Vazquez Fernandez², J Beltrán de Heredia Rentería¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid. ²Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

Introducción: El vólvulo gástrico intratorácico es una patología con una baja incidencia, usualmente asociado a una hernia hiatal. Existen tres tipos: órgano-axial, mesentérico-axial y una combinación de ambos. En el mesentérico-axial el cuerpo y el antro gástrico se encuentran rotados a lo largo del eje corto gástrico. Presentamos el caso de una paciente mujer diagnosticada de vólvulo gástrico agudo mesentérico-axial.

Caso clínico: Mujer de 62 años que acude a Urgencias por presentar náuseas y vómitos de aprox.4-5 días de evolución, asociado a dolor abdominal y distensión abdominal. Además refiere pérdida de peso de aprox.10kg en los últimos 4 meses. En la exploración física destaca abdomen: distendido, depresible y doloroso de forma generalizada a la palpación sin signos de irritación peritoneal. En la analítica sanguínea destaca: Hemoglobina:11,2g/dL Leucocitos:21630 Neutrófilos:90% PCR:33U/L. Se realiza TC en el que se visualiza

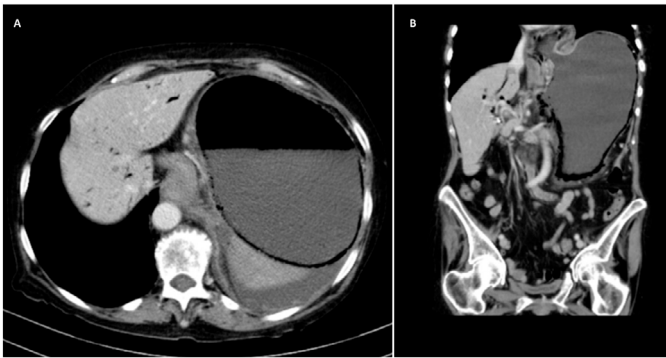


Figura 1

TC corte axial (A) y coronal (B) donde se visualiza gran dilatación gástrica y región antro-pilórica rotado y herniado hacia el tórax, además se puede visualizar gas en radicales portales intrahepático

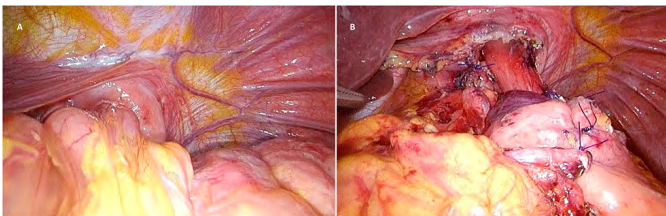


Figura 2

A. Región antro-pilórica herniado y volvulado hacia cavidad torácica y pared gástrica con signos de sufrimiento, B. Posterior a la reducción herniaria, cierre de pilares y funduplicatura tipo Nissen.

importante distensión gástrica asociado a torsión de cámara gástrica con introducción del antro-pilórico por el hiato esofágico hacia la región supradiaphragmática compatible con vólvulo gástrico mesentérico-axial. Ante los hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos descritos se decide realizar intervención quirúrgica urgente mediante abordaje laparoscópico.

En el intraoperatorio se visualiza gran distensión de gástrica y hernia hiatal de gran tamaño con vólvulo gástrico intratorácico (región antro-pilórica en interior de saco herniario), la pared gástrica se visualiza con signos de sufrimiento intestinal que mejoran tras reducir el contenido herniario. Se realiza abordaje laparoscópico realizándose reducción del contenido gástrico herniado, disección y resección del saco herniario, disección de ambos pilares y hiatorrafia, posteriormente se comprueba que la pared gástrica presenta mejor aspecto sin evidenciarse signos isquémicos y se realiza funduplicatura tipo Nissen (Floppy Nissen).

La paciente presenta una evolución satisfactoria, con mejoría del dolor abdominal, buena tolerancia oral y buen tránsito intestinal, mejoría clínica y analítica de los parámetros inflamatorios por lo que es dada de alta el cuarto día postoperatorio.

Discusión: La presentación clínica es variada, desde casos asintomáticos hasta clínica de oclusión de causa mecánica o síntomas de reflujo. Los síntomas mecánicos persistentes predicen un problema más grave, como el vólvulo gástrico agudo que puede progresar a estrangulamiento provocando isquemia y ruptura. El tratamiento

en la patología urgente es siempre quirúrgico, en la no urgente el abordaje "gold standard" es el laparoscópico con una baja tasa de morbi-mortalidad (<0,05%), sin embargo, en la patología urgente el abordaje laparoscópico depende de la experiencia del cirujano, como en el caso presentado que se pudo realizar un tratamiento quirúrgico laparoscópico con una evolución favorable de la paciente.

CP088. ¿APENDICITIS O DIVERTICULITIS APENDICULAR?

A Alberca Páramo, T Robles Quesada, L Pico Sánchez, JA Blanco Elena

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: Los divertículos apendiculares son infrecuentes y se descubren de forma accidental, por lo que desconocemos su incidencia.

Caso clínico: Mujer de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución en hemiabdomen derecho, náuseas y vómitos. El día anterior presentó fiebre. La analítica mostró leucocitosis y elevación de PCR. Se realizó un TC abdominal urgente en el cual se visualizó un apéndice con extremo distal intrapélvico aumentado de tamaño con líquido periapendicular sugestivo de apendicitis aguda. Ante estos hallazgos se realizó una intervención quirúrgica urgente, en la cual se apreció una apendicitis aguda flegmonosa en posición pélvica. Se realizó una apendicectomía laparoscópica. El postoperatorio transcurrió con normalidad, siendo dada de alta al 2º día postoperatorio con tolerancia oral correcta y tránsito positivo.

La anatomía patológica objetivó: apéndice ileocecal perforado en zona medial con áreas necróticas en la superficie sugestiva de apendicitis aguda flegmonosa. En la zona distal se apreció una formación diverticular.

Discusión: Encontramos divertículos en todo el tubo digestivo, sin embargo su localización en el apéndice ileocecal no es frecuente. La diverticulosis apendicular fue descrita por primera vez en 1893 por Kelyneck.

Los divertículos del apéndice pueden ser verdaderos o adquiridos. Lo verdaderos o congénitos presentan todas las capas de la pared y se localizan en el borde antimesentérico y son muy raros. Los adquiridos o falsos, también denominados pseudodivertículos, que son la mayoría de los divertículos, suponen una hernia de la capa mucosa y submucosa a través de la capa muscular que surgen de la presión intraluminal y son los más frecuentes.

Se describe la localización del divertículo en el apéndice según la regla del 60%: 60% tercio distal, 60% borde antimesentérico y 60% múltiples.

Los divertículos pueden ser asintomáticos o producir complicaciones como inflamación, perforación, fibrosis y hemorragia.

Los divertículos adquiridos se complican con mayor frecuencia que los congénitos porque presentan mayor dificultad para su vaciamiento.

La diferencia entre una apendicitis aguda(AA) y una diverticulitis aguda apendicular(DAA) es difícil aunque normalmente la clínica de la DAA suele ser más prolongada y se suelen asociar con mayor frecuencia a mucocelos apendiculares. Algunos estudios indican que la ecografía podría facilitar este diagnóstico diferencial: la DAA presenta señal hipocóica, rodeada por tejido graso ecogénico y la AA muestra un anillo hiperecócico dentro del cual se aprecia un anillo relleno de líquido. Es un diagnóstico prequirúrgico difícil.

CP089. ADENOMA PARATIROIDEO MEDIASTÍNICO ANTERIOR. LA IMPORTANCIA DEL LIGAMENTO TIROTÍMICO PARA SU RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA VIA CERVICAL.

MC Montes Osuna, I Palomo Lopez, MA Moya Ramirez, A Becerra Massare, JI Arcelus Martinez, N Muñoz Perez, J Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) es una patología frecuente en la cirugía endocrina. El adenoma es su causa más frecuente en los casos esporádicos.

La incidencia de glándulas paratiroides ectópicas oscila entre un 28-42%. Sus localizaciones más frecuentes incluyen la paraesofágica (28%), mediastínica (26%) e intratímica (24%).

Presentamos un caso clínico de HPTP por adenoma paratiroideo sobre una glándula paratiroides ectópica mediastínica anterior, con resolución por abordaje cervical.

Caso clínico: Mujer de 71 años, diabética e hipertensa, intervenida de tiroidectomía total en 2011 por enfermedad de Graves Basedow.

Inició estudio en endocrinología tras detección de hipercalcemia en analítica de rutina, asintomática. A la exploración, no se palpaba patología a nivel cervical.

Los niveles de calcio corregido eran de 11,97, paratirina intacta (PTHi) 101,7, fósforo 3, vitamina D 24. La ecografía cervical descartó patología paratiroidea. La ecografía renal era normal. Los resultados de la densitometría ósea fueron un T score -0,8 y Z score 1 en cuello femoral.

El estudio gammagráfico con sesta-MIBI asociado a tomografía axial describió un foco de captación sobre una imagen nodular retroesternal, sugerente de adenoma paratiroideo de localización ectópica.

Se intervino mediante cervicotomía con incisión de Kocher, realizándose disección del espacio hasta manubrio esternal. Los ligamentos tiroitímicos fueron preservados en la intervención previa, y traccionando del izquierdo se consiguió exponer la glándula

ectópica. El estudio intraoperatorio concluyó con paratiroides de 2x1cm y 0,618g.

La determinación intraoperatoria de PTHi mostró un descenso adecuado: basal 220pgr/ml, preextirpación 91 pgr/ml, 5 minutos postextirpación 21 pgr/ml y 10 minutos 31 pgr/ml.

El postoperatorio fue adecuado, con alta a las 23 horas de la cirugía sin complicaciones.



Figura 1

Imagen de gammagrafía sesta-MIBI que muestra captación a nivel retroesternal.

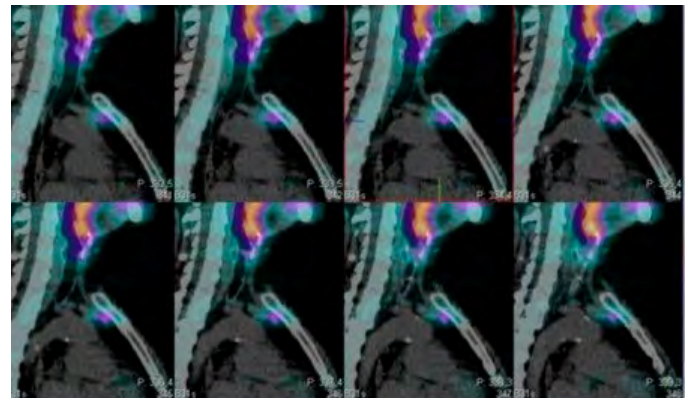


Figura 2

Imagen de SPET-TC que muestra captación retroesternal, sugerente de adenoma paratiroideo.

Discusión: Las glándulas paratiroides inferiores presentan una localización ectópica con mayor frecuencia que las superiores, asentando en mediastino anterior, incluidas en el timo.

Clásicamente, la presencia de un adenoma paratiroideo ectópico como causa de HPTP persistente conllevaba extensas cirugías de

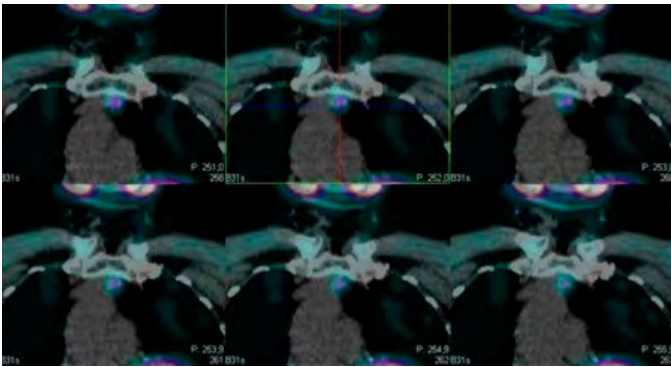


Figura 3

Imagen de SPET-TC que muestra captación a nivel retroesternal, sugerente de adenoma paratiroideo ectópico.

ser abordada mediante cervicotomía. De acuerdo a los hallazgos en nuestro caso, señalamos la importancia de identificar y conservar los ligamentos tiroitímicos en la cirugía del HPTP, máxime en reintervenciones, al ser una referencia anatómica útil para completar con éxito la paratiroidectomía.

CP090 CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES CON METÁSTASIS

R Forneiro Pérez, M Alcaide Lucena, S de Reyes Lartategui

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: El cáncer papilar de tiroides se presenta más comúnmente como enfermedad confinada a la glándula con o sin afectación de los ganglios linfáticos regionales. Constituye el 75-90% de los tumores malignos tiroideos bien diferenciados.

Mujer de 18 años con antecedente de neuroblastoma olfatorio a los cinco años tratado con cirugía, radioterapia y quimioterapia (remisión actual). Remitida desde Endocrinología a nuestro servicio por bocio multinodular con sospecha de cáncer tiroideo con metástasis ganglionares cervicales izquierdas no confirmadas mediante PAAF de tiroides y de adenopatía.

La paciente es intervenida realizándose en un primer momento la búsqueda de adenopatías para biopsia intraoperatoria que informa de malignas de probable origen tiroideo. Tras este hallazgo, se lleva a cabo la tiroidectomía total con linfadenectomía cervical de nivel VI y VII izquierda y cervical lateral IIA III, IV y V.

El resultado de Anatomía Patológica informa de la presencia de un carcinoma papilar de tiroides (T3N1bMx) multicéntrico con patrón folicular y papilar que no sobrepasa la cápsula tiroidea y que mide 6x5.5 mm. Metástasis de carcinoma papilar en adenopatías de la superficie externa del lóbulo tiroideo, nivel VII izquierdo, nivel VI izquierdo, nivel IIA izquierdo y II, IV y V izquierdo en 14 de 39 adenopatías aisladas.

Posteriormente la paciente recibió tratamiento con 130 mCi de ¹³¹Iodo. Tras 9 meses, la paciente se encuentra en seguimiento por Endocrinología sin signos de recidiva.

Discusión: El carcinoma papilar de tiroides es la afectación maligna más frecuente de la glándula tiroides y la de mejor pronóstico. Es más frecuente en la mujer y entre los 25 y 65 años. Está asociado a metástasis cervicales en un 30-90% en el momento del diagnóstico. En un 20% de los casos es multicéntrico. Entre los factores predisponentes destaca la historia previa a radiación cervical sobre todo en la infancia y entre los factores de mal pronóstico una edad superior a 50 años, varón y tamaño de la tumoración >4cm. Se suele presentar como un nódulo frío indoloro y con posibilidad de adenopatías cervicales indoloras.

Mientras la cirugía es el tratamiento de elección (tiroidectomía total más vaciamiento cervical áreas II a VI en el caso de metástasis



Figura 4

Fotografía tras extirpación del adenoma ectópico mediastínico.

revisión cervical. Las técnicas de localización paratiroidea han facilitado esta cirugía en muchos casos.

El abordaje quirúrgico dependerá de su localización, siendo necesario en ocasiones el abordaje torácico. Este puede ser evitado en aquellos casos en los que la glándula se encuentre incluida en los polos superiores del timo o en los ligamentos tiroitímicos, pudiendo

clínicas evidentes), la supresión con yodo radiactivo suele complementar el plan de tratamiento.

Por lo tanto, ante un paciente con una masa cervical con historia de radioterapia previa sobre el cuello, se ha de valorar la posibilidad de que se trate de un carcinoma papilar de tiroides.

CP091. HEMATOMA CERVICAL SECUNDARIO A BIOPSIA CON AGUJA GRUESA GUIADA POR ECOGRAFÍA DE LA GLÁNDULA TIROIDES

V Briceño Agüero, R Martín Balbuena, A García Vico, A Roman Rando

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: La biopsia tiroidea con aguja fina (PAF) es un procedimiento seguro, eficaz y económico. Las complicaciones asociadas a este procedimiento son poco frecuentes y casi siempre son menores. La hemorragia ocurre entre el 0,8-2,3% siendo además leve y fácilmente controlable con una ligera compresión. La biopsia con aguja gruesa (BAG) es una alternativa que consigue mayor cantidad de tejido y mejora el diagnóstico en casos de alta sospecha de malignidad. No debe indicarse como primer procedimiento, por el mayor riesgo de lesiones vasculares o nerviosas. Presentamos el caso de una paciente con hematoma cervical, secundario a BAG, que requirió tratamiento endovascular.

Caso clínico: Mujer de 75 años con historia clínica de hipertensión arterial y dislipemia. En seguimiento desde hace años por bocio multinodular (BMN) con nódulo dominante en lóbulo tiroideo derecho (24x19x24 mm) con citologías previas compatibles con benignidad. En marzo de 2020 se evidencian varias características ecográficas sospechosas de malignidad (TIRADS 5) por lo que se realizó BAG guiado por ecografía. Durante el procedimiento, se produjo un importante hematoma peritiroideo (**Figura 1**), con yet ecográficamente visible y con crecimiento expansivo (**Figura 2**). Se realizó una arteriografía supraselectiva, en el que se evidenció fuga de contraste por rama de la arteria tiroidea superior derecha (**Figura 3**), seguidamente se embolizó con coil de Terumo azul CX 2X2 (**Figura 4**). La paciente se mantuvo monitorizada con buena evolución, siendo dada de alta a las 48 horas. Los resultados anatomopatológicos fueron concluyentes para benignidad y actualmente, la paciente continua asintomática en seguimiento por Endocrinología.

Discusión: Los hematomas cervicales secundarios a punciones por aguja gruesa son más frecuentes que en otros procedimientos diagnósticos del tiroides, pero, hasta la fecha, en la literatura se han reportado pocos casos que hayan requerido ingreso hospitalario e intervención activa. Las complicaciones derivadas del hematoma cervical post-BAG son la desviación y compresión traqueal, pudiendo resultar fatal si se obstruye rápidamente la vía aérea superior. Se han descritos varios factores de riesgo asociados a esta complicación, como el aumento de la vascularización de la glándula hiperfuncionante, las malformaciones arteriovenosas y la hipertensión arterial. La identificación del origen de la hemorragia

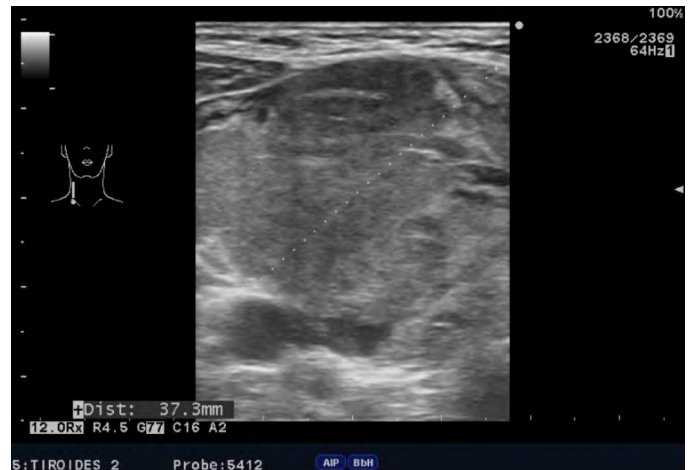


Figura 1

Ecografía cervical en el que se observa hematoma peritiroideo posterior a BAG.

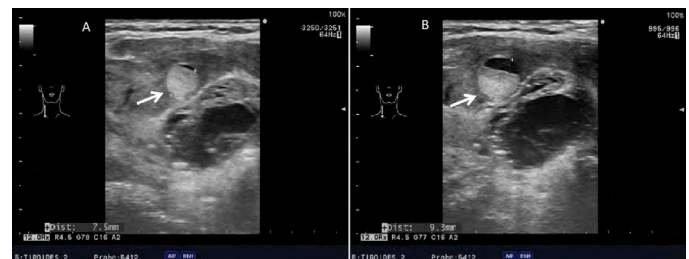


Figura 2

A y B) Ecografía cervical en el que se observa hematoma peritiroideo junto a pseudoaneurisma que crece paulatinamente (flechas).

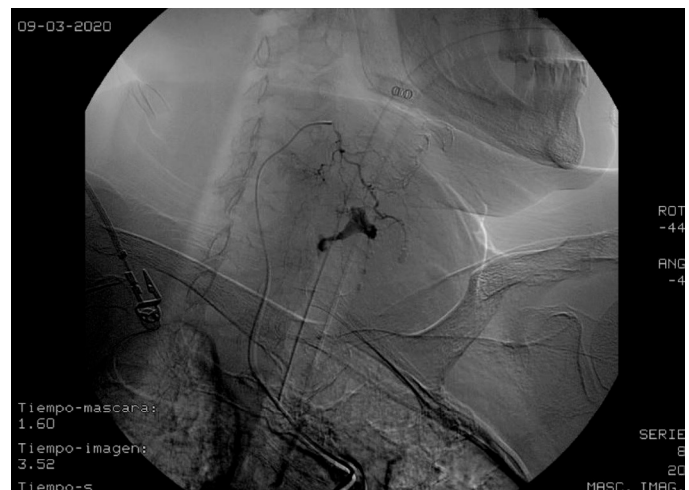


Figura 3

Arteriografía supraselectiva en el que se observa fuga de contraste por rama de la arteria tiroidea superior derecha.



Figura 4

Embolización de arteria tiroidea superior derecha con coil de Terumo azul CX 2X2 (flecha).

es imperante, siendo necesaria la evaluación exhaustiva de los vasos tiroideos y peritiroideos mediante ecografía doppler/arteriografía. El tratamiento endovascular es una opción rápida y segura que puede evitar la necesidad de una intervención urgente mucho más agresiva y con mayor comorbilidad.

CP092. HIPOCALCEMIA TRAS TIROIDECTOMÍA TOTAL POR ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW.

A Chivite Moreno, R Martín Balbuena, A García Vico, A Román Rando, VD Briceño Agüero, MÁ Sánchez Gálvez

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: El hipoparatiroidismo es una de las complicaciones más frecuentes tras la tiroidectomía total. La mayor parte, se resuelve en los primeros 30 días del postoperatorio, pero puede ser permanente si no se recupera en los primeros 6 meses tras la cirugía.

Existe una entidad de hipocalcemia mas severa y prolongada con niveles de parathormona normales o incluso elevados que denominamos Síndrome del Hueso hambriento. Es especialmente común en pacientes con patologías óseas que incrementen la resorción ósea, como la insuficiencia renal crónica, el cáncer prostático metastásico o el tratamiento prolongado con estrógenos.

Este fenómeno ha sido descrito ampliamente en pacientes hipertiroideos que han sido sometidos a una tiroidectomía total por el efecto de la Tiroxina sobre el recambio óseo de forma prolongada y la liberación de calcitonina postoperatoria.

Caso clínico: Paciente varón de 25 años de edad con clínica de hipertiroidismo de varios años de evolución y mal control con tratamiento antitiroideo diagnosticándose de Enfermedad de Graves-Basedow con anticuerpos TRAb marcadamente elevados,

A la exploración, bocio grado III, junto con taquicardia y temblor distal.

Gammagrafía y ecografía para estudio compatibles con bocio tóxico difuso.

Ante la persistencia clínica y mal control se indica su tratamiento quirúrgico.

Se mantiene tratamiento hasta la intervención.

Se lleva a cabo una tiroidectomía total, identificándose y respetándose cuatro glándulas paratiroides.

La intervención y postoperatorio inmediato transcurre sin incidencias, sin embargo, a las 48 horas reingresa con clínica de tetania que precisa administración de gluconato cálcico IV. El paciente es alta con aparente buen control analítico con pauta oral de calcio cada 8 horas, pero reingresa en tres ocasiones mas con clínica intensa de parestesia y tetania a pesar de mantener perfusión con altas dosis de calcio intravenoso y calcitriol.

El análisis de anatomía patológica concluyó que la muestra no incluía tejido paratiroideo y los niveles de PTH se mantuvieron en rango de normalidad asociando hipofosforemia e hipomagnesemia.

Tras 19 meses de seguimiento estrecho por endocrinología se consigue disminuir progresivamente tratamiento hasta encontrarse ahora asintomático.

Discusión: La enf. de Graves Basedow puede estar asociada a un mayor riesgo de hipocalcemia postoperatoria no relacionada con la técnica quirúrgica y que se presente de forma grave y prolongada debido al síndrome de hueso hambriento. Debemos tenerlo en cuenta e incluso instaurar un tratamiento preventivo con calcio preoperatorio en aquellos pacientes con hipertiroidismo prolongado mal controlado o con presencia de osteopenia o osteoporosis antes de la intervención.

CP093. LESIONES METASTÁSICAS EN LA GLÁNDULA TIROIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Al Aguilar Márquez, C Franco Peñuelas, M Díaz Rodríguez, C Sacristán Pérez, C Marin Velarde

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: Las lesiones metastásicas tiroideas son poco frecuentes: entre 2-4% de los bocios intervenidos son metástasis y representan el 0,16-0,4% de las tiroidectomías realizadas. Las neoplasias que más frecuentemente diseminan al tiroides son el

carcinoma de células renales (57%), el cáncer de pulmón (12%) y el de mama (10%). Generalmente cursan de forma asintomática y se diagnostican en el seguimiento de la neoplasia primaria de forma incidental en las pruebas de imagen.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 58 años con antecedentes de melanoma en región facial en 2012. Derivada a nuestro centro por presentar una tumoración laterocervical izquierda de 1 mes de evolución con síntomas compresivos, por lo que se somete a ecografía-PAAF en la que se obtiene un aumento de tamaño de lóbulo tiroideo izquierdo (LTI) e istmo y anatomía patológica compatible con melanoma.

Se indica estudio de extensión, realizándose un PET/TC y analítica de control, donde se aprecia captación en LTI y nódulo pulmonar hipermetabólico. Posteriormente, se confirma el diagnóstico de melanoma metastásico estadio IV (T2aN0M1c) con mutación BRAF V600K, decidiéndose tratamiento quimioterápico. A los 7 meses, se realiza nuevo PET/TC de control por persistencia de clínica compresiva y se continúa apreciando captación a nivel de LTI e istmo con adenopatías laterocervicales ipsilaterales y regresión completa de la afectación pulmonar. Se decide tiroidectomía total con linfadenectomía central bilateral y lateral izquierda.

La anatomía patológica de la pieza confirma la existencia de metástasis de melanoma, con ausencia de afectación ganglionar y márgenes libres de enfermedad. La evolución postoperatoria sin incidencias de interés siendo dada de alta a las 24 horas.

Discusión: Las metástasis tiroideas son un grupo reducido dentro de todas las neoplasias tiroideas y pueden manifestarse de forma sincrónica, metacrónica o sin tumor primario conocido, siendo lo más frecuente lo segundo. Suelen diagnosticarse en el seguimiento, aunque a veces, como en el caso que presentamos, cursa con síntomas como la opresión, disfagia o disnea. La técnica de elección para el diagnóstico es la ecografía-PAAF con una eficacia superior al 90%. Las estrategias de tratamiento incluyen la cirugía, radioterapia o quimioterapia. El objetivo principal del abordaje quirúrgico es controlar los síntomas compresivos, tal y como se realiza en nuestro caso, ya que no está demostrado una mejora de la supervivencia a largo plazo.

CP094. LOCALIZACIÓN INFRECUENTE DE LESIÓN EN EL POLITRAUMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

G Cabello Calle, M Alcaide Lucena, JA Ubiña Martínez, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: Paciente con traumatismo abdominal cerrado y prueba de imagen que informa de alteraciones a nivel de la glándula suprarrenal derecha, sin otras lesiones.

Caso clínico: Paciente de 57 años que acude a urgencias por dolor abdominal tras accidente de tráfico de alta energía, no usaba cinturón de seguridad, con proyección del vehículo hasta 3 metros.

Exploración dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. Analítica sin alteraciones. BodyTAC que evidencia engrosamiento focal nodular en región suprarrenal derecha (29x39 mm) de bordes deflecados y alta densidad radiológica, sin captación significativa de contraste y con escasas lengüetas laminares que se extienden por espacio hepatorenal sugerente de hematoma suprarrenal contenido, sin sangrado activo.

Ante la estabilidad clínica se realiza tratamiento conservador, analgesia intravenosa, reposo y observación. Evolución favorable, con mejoría clínica y analítica con hemoglobina estable, siendo dado de alta a los 6 días. TAC de control realizada a los 4 meses con resolución casi completa de la lesión.

Discusión: La lesión traumática de la glándula suprarrenal es infrecuente, detectándose en el 2% de los pacientes con traumatismo abdominal cerrado, y reportada en el 28% de las autopsias de pacientes con trauma abdominal grave. Suele localizarse en la glándula derecha, siendo excepcionalmente bilateral. La mayoría de estas lesiones suelen asociarse a lesiones de otros órganos intraabdominales. Para su diagnóstico no disponemos de signos o síntomas específicos, siendo una lesión silenciosa que puede pasarse por alto, aunque puede conducir a una hemorragia persistente, hematoma retroperitoneal e incluso a una crisis adrenal letal. Los signos de insuficiencia corticosuprarrenal, como hiponatremia, hiperpotasemia, acidosis e hipotensión, son muy poco frecuentes, y sólo aparece en lesiones bilaterales.

La TAC abdominal con contraste es la técnica de elección siendo los hallazgos más relevantes el hematoma, cambios en la grasa perisuprarrenal y aumento del tamaño de la glándula.

El manejo de este tipo de lesiones es fundamentalmente conservador, preservando la glándula y su función. Se debe evitar la suprarrenalectomía para preservar la función, especialmente en lesiones bilaterales. Pese a esto, la incidencia de la suprarrenalectomía actualmente es de 3,1%. Otra opción de tratamiento es la angiografía intervencionista, en casos con estabilidad hemodinámica y evidencia de sangrado activo y sin gran hematoma suprarrenal.

Concluimos que nos encontramos ante una rara entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial en los traumatismos abdominales que cursen con dolor abdominal en hipocondrio derecho, sobre todo si se trata de pacientes anticoagulados.

CP095. NEUROMA POSTQUIRÚRGICO SIMULANDO RECIDIVA DE CARCINOMA PAPILAR TIROIDES.

R Soler Humanes, JL Fernández Serrano, A Ortega Martínez, L Ocaña Wilhelmi

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Los neuromas postraumáticos o postquirúrgicos consisten en una proliferación no neoplásica desorganizada de fascículos nerviosos que se produce tras una lesión o sección, parcial

o total, de un nervio, normalmente como resultado de una cirugía o traumatismo.

Los más frecuentes son los que ocurren tras cirugía de amputación de miembros y a nivel cérvico-facial en relación con extracciones dentarias.

Caso clínico: Se presenta un caso de una paciente de 49 años intervenida de tiroidectomía total y vaciamiento central y lateral derecho por carcinoma papilar de tiroides, que durante el seguimiento aparece una lesión en cara anterior de la tráquea de 15x 6 mm (Lx AP), hipercaptante en PET, sugestiva de malignidad (**Figura 1**). Tras valoración en Comité Multidisciplinar se decide exéresis de dicha lesión.

Durante la cirugía se observa una lesión de unos 2 cm pretraqueal, que crece hacia ambos espacios vasculares sobre ambos nervios laríngeos recurrentes y que está íntimamente adherida a la tráquea. Se realiza exéresis muy laboriosa de la misma, identificando y respetando ambos nervios laríngeos recurrentes, que se monitorizan pre y postexéresis, sin incidencias.

El resultado anatomopatológico es compatible con neuroma postraumático.

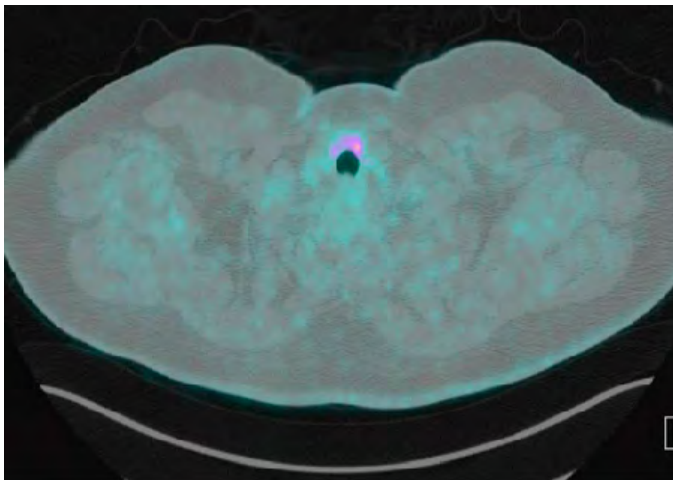


Figura 1

PET-TC donde se observa zona hipercaptante en cara anterior de tráquea.

Discusión: Los neuromas traumáticos son una complicación frecuente tras un daño neural, y pueden producir dolor, siendo una de las causas principales causas del dolor del muñón tras amputación. Desde el punto de vista radiológico es importante conocer la apariencia de estas lesiones con las distintas técnicas de imagen, y no confundirlos con recidivas tumorales.

En el caso de neuromas sintomáticos, existen múltiples opciones terapéuticas, aparte de la intervención quirúrgica, y muchos de estos procedimientos se realizan guiados por ecografía en los servicios de radiodiagnóstico.

CP096. QUISTE TIROGLOSO GIGANTE COMO DEBUT DE CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES

B García García, R Soler Humanes, E Buendía Peña, L Ocaña Wilhelmi, JL Fernández Serrano, R de Luna Díaz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: El conducto tirogloso comienza a degenerar entre la quinta y sexta semana de gestación. El fracaso de la involución de este tracto conduce a la formación de un quiste tirogloso. Generalmente aparece en edades tempranas, aunque en adultos no es infrecuente. Un gran tamaño del mismo no suele ser habitual.

Caso clínico: Mujer de 48 años, diabética e hipertensa, con enfermedad cerebrovascular en tratamiento con sintrom, que consulta por gran tumoración cervical que le causa molestias continuas. En TAC se aprecia lesión de 87mm en línea media cervical, en contacto con el istmo tiroideo, sugerente de quiste tirogloso gigante. Se realizó PAAF que resultó ser sugestiva de quiste tirogloso.

Se realizó técnica de Sistrunk junto con lobectomía derecha por íntima adherencia/infiltración del tejido adyacente, mediante incisión en huso, apreciando gran tumoración, de aspecto quístico, emergiendo desde el lóbulo tiroideo derecho, con el que comparte 3-4cm de unión. Buena evolución en planta con alta al tercer día. El resultado histológico confirmó carcinoma papilar de 2 cm que infiltra la cápsula y la lesión quística adyacente.

Discusión: Los quistes tiroglosos suelen presentarse como una tumoración en línea media cervical, de pequeño tamaño, íntimamente relacionada con el hioides y móvil a la deglución. Normalmente, son asintomáticos, aunque pueden presentar síntomas inusuales como disfagia, disnea e incluso fístulas. El diagnóstico se realiza con ECO y biopsia, incluso TAC en aquellos de gran tamaño. El tratamiento debe ser quirúrgico, por el riesgo de infección y posibilidad de malignizar, realizando la técnica de Sistrunk, para evitar recidivas.

CP097. RECIDIVA GANGLIONAR DE CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES: EXÉRESIS RADIOGUIADA

M Pérez Reyes, C Jiménez Mazure, I Pulido Roa, C Rodríguez Silva, I Mirón Fernández, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: El carcinoma medular de tiroides (CMT) es poco frecuente, pero comprende el 4-5% de las neoplasias tiroideas malignas.

Caso clínico: Paciente de 60 años con antecedentes de CMT intervenido en 2006 (tiroidectomía total y vaciamiento cervical central bilateral y lateral derecho). Reintervenido en 2013 de recidiva

cervical en la bifurcación carotídea derecha. Ese mismo año precisó hepatectomía derecha por metástasis.

Durante el seguimiento, se evidencia una segunda recidiva a nivel cervical.

En la exploración física no presentaba lesiones palpables.

Se realizó ecografía cervical objetivando en el sector II derecho una adenopatía(5x10mm) adyacente a vena yugular interna sugestiva de metástasis metacrónica. El TAC de cuello confirmaba dicha lesión(Figura 1a). Presentaba niveles elevados de calcitonina (139pg/mL).

Se tomó una biopsia con resultado anatomopatológico compatible con metástasis de carcinoma medular.

Tras discutir el caso en comité oncológico se decidió cirugía radioguiada.

En la cirugía se objetivó importante fibrosis en relación con cirugía previa. Se disecó la vena yugular interna hasta localizar la recidiva ganglionar guiada por el radiotrazador. Se resecó en bloque el conglomerado adenopático(Figura 1b), enviando la pieza a radiología que confirmó la presencia del marcador(Figura 1c).

En la anatomía patológica se aislaron 6 ganglios, uno de ellos con dos focos de 0,15mm de metástasis de carcinoma medular de tiroides.

El postoperatorio evolucionó favorablemente, siendo alta al segundo día postoperatorio.

Durante el seguimiento en consulta, al año de la cirugía no se ha objetivado recidiva de la enfermedad.

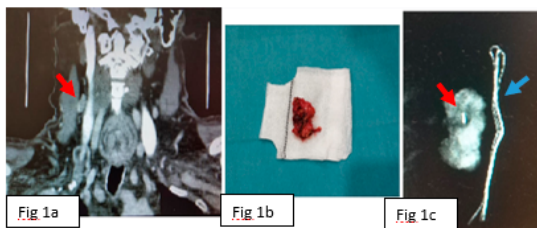


Figura 1a. TAC Adenopatía cervical

Figura 1b. Conglomerado adenopático

Figura 1c. Rx pieza: Flecha roja →Semilla dentro del conglomerado adenopático extirpado.

Flecha azul → Parte radiopaca de la gasa que sostiene la pieza.

Figura 1

Figura 1a. TAC Adenopatía cervical
Figura 1b. Conglomerado adenopático
Figura 1c. Rx pieza: Flecha roja-Semilla dentro del conglomerado adenopático extirpado. Flecha azul - Parte

Discusión: Para localizar intraoperatoriamente una recurrencia no palpable del CMT, se ha descrito el uso del arpón, ecografía intraoperatoria, tecnecio o cirugía radioguiada.

La localización con semillas radioactivas es una técnica usada en otras áreas.

Desde nuestra experiencia, la técnica radioguiada con semilla I125 es cómoda, precisa, eficaz, rápida y segura y tiene la flexibilidad de poder colocarlo días antes de la cirugía por tener larga vida media.

CP098. UNA COMPLICACIÓN INFRECIENTE DEL HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO: TUMORES PARDOS. CASO CLÍNICO.

Al Aguilar Márquez, AJ Díaz Martín, L Sobrino Brenes, M Diaz Rodríguez, C Sacristán Pérez, C Marín Velarde

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: El hiperparatiroidismo secundario es una complicación frecuente de la enfermedad renal crónica y los tumores pardos pueden aparecer en el 1,5-13% de los pacientes con esta complicación. El manejo de estas neoplasias requiere reducir los niveles de parathormona con tratamiento médico, apoyándose en el tratamiento quirúrgico cuando no existe respuesta o cuando son muy sintomáticos.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 19 años con antecedentes de glomeruloesclerosis focal y segmentaria con insuficiencia renal crónica, trasplantada en tres ocasiones sin éxito. Es derivada para valoración de tratamiento quirúrgico de hiperparatiroidismo secundario que se manifiesta con hipercalcemia y dos tumoraciones maxilares con comportamiento expansivo. Se objetivan niveles calcio en 8 mg/dL, fósforo 2,8 mg/dL y parathormona 466,8 pg/mL. No se identifica adenoma o hiperplasia en ninguna prueba de imagen. En TC de cráneo se aprecian dos tumores pardos óseos de 4-5cm en ambos senos maxilares con comportamiento expansivo. Se realiza paratiroidectomía subtotal, con un descenso del 70,4% del valor de la parathormona intraoperatorio. Permanece ingresada durante 6 días, requiriendo perfusión de calcio por hipocalcemia postoperatoria asintomática, con niveles de calcio en 8,7 mg/dL y de parathormona en 21 pg/mL al alta. Posteriormente se deriva a Cirugía Maxilofacial, donde realizan biopsia de ambas tumoraciones confirmando el diagnóstico de sospecha.

La anatomía patológica revela hiperplasia de las 4 glándulas paratiroides. Actualmente, la paciente continua con niveles de parathormona en rango y en tratamiento con calcitriol. Persiste la clínica derivada de los tumores pardos, pendiente de tratamiento definitivo por parte de Cirugía Maxilofacial.

Discusión: El tratamiento médico con calcitriol a altas dosis es efectivo en muchos casos de tumores pardos, aunque en la mayoría se requiere una paratiroidectomía total o subtotal y, posteriormente, se objetiva una regresión tumoral rápida. Si estamos ante varias lesiones, de gran tamaño que causa importante deformidad o son muy sintomáticas, pueden requerir resección quirúrgica y descompresión tras la paratiroidectomía.

CP099. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN CIRUGÍA DE PARED COMPLEJA REALIZADA POR UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

MH Mohamed Chairi, MC Montes Osuna, M Dominguez Bastante, A Gomez Arroyo, A Mansilla Roselló

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: Describir nuestros resultados en cirugía de pared compleja en la unidad de pared abdominal y CMA.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de eventroplastias complejas desde enero 2018 a junio 2019. El seguimiento mínimo fue seis meses.

Analizamos variables demográficas, factores de riesgo, CEDAR, técnica, anestesia, recidivas y morbimortalidad (Clavian-Dindo).

Resultados: Se intervinieron 128 pacientes, vía abierta el 98,44% (126), bajo anestesia general en el 95,3%. Las características demográficas y los factores de riesgo están en la Tabla I. El CEDAR medio fue del 21,81+/-13,4%.

Resumimos la técnica quirúrgica en la tabla II, se asociaron otras intervenciones en 34 casos (26,6%). Se utilizaron mallas basadas en polipropileno.

Preoperatoriamente, en eventraciones con pérdida de derecho a domicilio se insufló neumoperitoneo (13 casos: 10,2%). Para los defectos mayores o iguales a 10cm, se inyectó toxina botulínica (25 casos: 19,5%). En 5 pacientes se combinaron ambas (3,9%).

Tabla I

Edad	62.7+/-11.96 años	
Sexo	Hombres	68 (53.1%)
	Mujeres	60 (46.9%)
ASA	I	6 (4.7%)
	II	78 (60.9%)
	III	43 (33.6%)
	IV	1 (0.8%)
IMC	30.39+/-5.32 Kg/m ²	
Factores de riesgo	DM	32 (25%)
	Neumopatía	24 (18.8%)
	Cardiopatía	24 (18.8%)
	Neoplasia previa	35 (27.3%)
	Fumador	Nunca
	Diario	26 (20.31%)
	Exfumador	41 (32%)

Tabla 1

Características demográficas y factores de riesgo en pacientes intervenidos.

Se registraron 40 complicaciones (31,2 %), 30 (23,4%) de grado I/II, en relación a serohematomas e infecciones superficiales.

La tasa de recidiva fue del 9,4% (12 pacientes) con 3 éxitos en el seguimiento (2,3%), uno relacionado con peritonitis postquirúrgica.

Tabla II

Técnica	Intervenciones
Rafia	1 (0.8%)
Intraperitoneal	13 (10.2%)
Preperitoneal	27 (21.1%)
Retromuscular	63 (49.2%)
TAR	26 (8.7%)

Tabla 1

Técnicas quirúrgicas en pacientes intervenidos.

Conclusiones: El uso de adyuvantes preoperatorios han permitido aumentar la seguridad, y eficacia de las intervenciones reduciendo la complejidad de la técnica en algunas ocasiones. No obstante, es una cirugía no exenta de complicaciones. Por tanto, defendemos la existencia de unidades especializadas para el manejo adecuado de estos pacientes.

CP100. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA AMBULATORIA: FACTORES PREDICTIVOS DE ALTA DIFERIDA, SEGURIDAD E ÍNDICE DE SATISFACCIÓN

A García León, N García Fernández, V Pino Díaz, M Rubio Manzanares, M Pérez Andrés, FJ Padillo Ruíz, JM Martos Martínez

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es la técnica de elección en el tratamiento de la colelitiasis sintomática. Sin embargo, más controvertida es la estandarización de su realización en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA). El objetivo de nuestro trabajo es identificar los factores que pueden impedir el alta en régimen ambulatorio tras una colecistectomía laparoscópica, analizar la seguridad y el grado de satisfacción de los pacientes que se intervienen en este circuito.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria entre mayo de 2018 y diciembre de 2019 en un hospital de tercer nivel con un circuito específico de cirugía sin ingreso. Se clasificaron como cirugía con alta el mismo día (CMA) y cirugía de corta estancia (inferior a 16 horas). Analizamos los factores asociados a un alta diferida, la

tasa de complicaciones, de conversión, de reintervenciones y de reingresos y el índice de satisfacción del paciente.

Resultados: Un total de 325 pacientes fueron intervenidos en este circuito. El 74,5% mujeres, la edad media es de 51,21 ± 14,57 años y un índice de masa corporal (IMC) medio de 28,64 ± 5,32 kg/m². El 66,5% de los pacientes ASA II y un 11,4% con un ASA mayor o igual a III.

El 85,2% fueron pacientes programado como CMA con una mediana de estancia de 6horas (RIQ 4-26,3horas) y el 14,8% se planificaron como cirugía de corta estancia con una mediana de estancia de 18horas (RIQ 14-90 horas). La tasa de ingreso prolongado fue del 4,1%, un 10,9% de pacientes planificados como corta estancia y un 2,9% de los pacientes programados como CMA.

Los factores predictivos de alta diferida fueron: la edad mayor a 70 años (p = 0,017; OR: 4,63 (1,43-14,94), ASA≥III (p = 0,012; OR: 5,11 (1,57-16,58), índice de Charlson mayor o igual a>3 (p = 0,022;OR: 3,89 (1,20-12,04), la conversión a cirugía abierta (p=0,02; OR:28,63 (16,02-51.17) e ingresos hospitalarios previos relacionados con clínica derivada de su colelitiasis (p = 0,035; OR:3,15 (1,03-9,67).

No se produjeron lesiones de la vía biliar y la tasa de conversión fue del 0,6%. La tasa de reingresos fue de 1,5%.

Total de pacientes:	325
▪ CMA	277 (85,2%)
▪ Corta estancia	48 (14,8%)
Edad media (años)	51,21 ± 14,57 años
Sexo H:M	25,5%:74,5%
IMC medio (kg/m ²)	28,64 ± 5,32
ASA:	
▪ I	22,1%
▪ II	66,5%
▪ ≥ III	11,4%

Figura 1

Características generales.

Mediana de estancia (horas):	6horas (RIQ 4-26,3)
▪ Corta estancia (<16h)	18horas (RIQ 14-90)
Ingreso prolongado (%):	13 pacientes (4,1%)
▪ CMA	8 pacientes (2,9%)
▪ Corta estancia (<16h)	5 pacientes (10,9%)
Tasa de reingresos (%):	5 pacientes (1,5%)
Índice de satisfacción con la máxima puntuación:	
▪ Experiencia global (%):	97,5%
▪ Tiempo de estancia (%):	91,3%

Figura 2

Resultados.

Edad > 70 años	OR: 4,63 (1,43-14,94)	p = 0,017
ASA≥ III	OR: 5,11 (1,57-16,58)	p = 0,012
Índice de Charlson >3	OR: 3,89 (1,20-12,04)	p = 0,022
Conversión a cirugía abierta	OR:28,63 (16,02-51,17)	p=0,02
Ingresos hospitalarios previos relacionados con clínica derivada de su colelitiasis	OR:3,15 (1,03-9,67)	p = 0,035

Figura 3

Factores predictivos de alta diferida.

El 97,5% de los pacientes se mostraron satisfechos o muy satisfechos con su experiencia global y el 91,3% con el tiempo de estancia.

Conclusiones: Con una adecuada selección de los pacientes, la colecistectomía laparoscópica ambulatoria se puede considerar un procedimiento seguro y con una buena aceptación por parte de los pacientes con colelitiasis que requieren intervención.

CP101. COMBINACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA + NEUMOPERITONEO PROGRESIVO COMO COADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO DE EVENTRACIONES COMPLEJAS

MH Mohamed Chairi, A Mansilla Rosello, A Gómez Arroyo, JL Díez Vigil, M Domínguez Bastante, M Arteaga Ledesma, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El éxito en la cirugía de las eventraciones ventrales complejas se basa una importante planificación que incluya un buen diagnóstico y una valoración individualizada de cada paciente dado el desarrollo de múltiples coadyuvantes que permiten una mayor optimización del paciente y una mejor preparación previa cirugía, principalmente el neumoperitoneo progresivo (NPP) y la toxina botulínica tipo A (TBA).

A continuación presentamos un caso de eventración ventral compleja tratada de forma preoperatoria con NPP + TB.

Caso clínico: Paciente de 78 años con antecedentes de obesidad, diabetes e insuficiencia renal. Intervenida de hernia umbilical. Consulta por eventración paraumbilical derecha de gran tamaño, incoercible, que se acompaña con lesiones tróficas en la piel.

Se solicita TAC de abdomen realizado en maniobra de Valsalva para el estudio de las dimensiones y volúmenes de la hernia así como valorar la musculatura de la pared abdominal (**Figura 1**) definiéndose como eventración M2M3M4W3R1 .

Se inyectan 500 unidades de TBA en pared lateral del abdomen un mes previo a la cirugía. Ingresar diez días previa cirugía para la colocación del catéter del neumoperitoneo. La paciente permanece ingresada hasta la cirugía y se insuflan diariamente 1000cc de aire con buena tolerancia salvo ligera omalgia izquierda. Se insufla un total de 9000cc.

Se realiza nuevo TAC para valorar el efecto de los coadyuvantes sobre la pared abdominal (**Figura 2**).

Se interviene realizándose eventroplastia según técnica de Rives-Stoppa, con cierre completo del defecto aponeurótico. La paciente evoluciona de forma favorable y es dada de alta a los 5 días sin incidencias.



Figura 1

TAC abdomen. Diámetro del saco herniario (TxAP): 14 x 10cm. Volumen hernia: 1310cc. Volumen cavidad abdominal: 9266cc. Porcentaje volumen herniado: 14%. Retracción de la musculatura lateral.

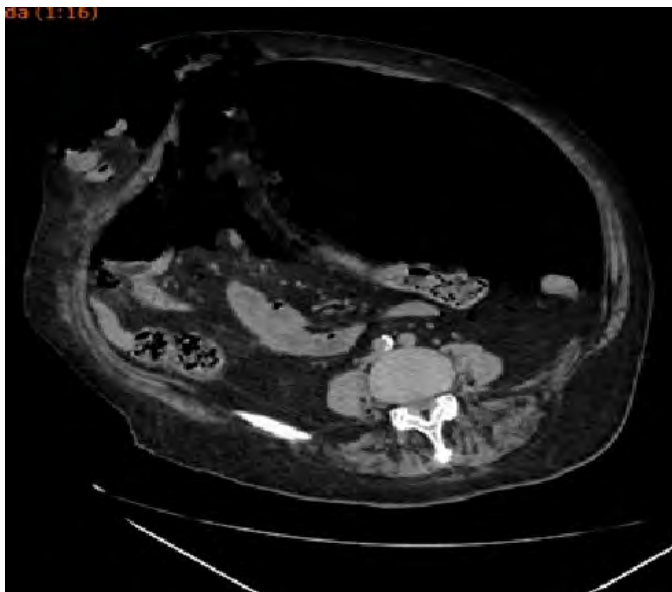


Figura 2

TAC abdomen. Diámetro del saco herniario (TxAP):16.5cmx9.6cm.Volumen hernia: 1660cc. Volumen cavidad abdominal: 14019cc. Porcentaje volumen herniado: 12%. Alargamiento de la musculatura lateral.

laterales del abdomen, lo que permite la reconstrucción abdominal sin tensión.

También se plantea la hipótesis de que el uso de la TBA complemente al NPP, ya que la parálisis de la musculatura acelera el estiramiento de la pared abdominal. Dicho efecto permite manejar mayores volúmenes de insuflación y, por ende, acortar la duración del periodo de administración del NPP.

CP102. COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA INUSUAL: SÍNDROME TAKOTSUBO

A Alberca Páramo, JA Blanco Elena, T Robles Quesada, L Pico Sánchez

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cibra

Introducción: El síndrome de Takotsubo(STT) supone del 2-3% de todas las sospechas de Síndrome Coronario Agudo. Puede coexistir con una enfermedad coronaria.

Caso clínico: Mujer de 71 años con antecedentes de diabetes tipo 2 y asma. Intervenido 30 años antes por hernia umbilical y posterior eventración de la misma con colocación de malla supraaoneurótica. La paciente presentaba molestias abdominales progresivas presentando recidiva de eventración con pérdida de derecho a domicilio desde el xifoides hasta zona infraumbilical. En la tomografía computarizada se aprecia una eventración multirecidivada con estómago, intestino delgado y grueso....Se realizó una incisión supraumbilical objetivando una eventración multisacular con defectos de 8x8, 2x1 y 2x2 cm con colon, epiplón e intestino delgado en su interior con el saco entre la aponeurosis y la antigua malla. Se resecó y extirpó el saco herniario, con reintroducción del contenido en cavidad abdominal y colocación de malla de ventralex preaoneurótica e incisiones de descarga en la aponeurosis del recto anterior. Posteriormente se colocó una malla de polipropileno supraaoneurótica fijada con agrafes.

El primer día postoperatorio la paciente presentó disnea súbita con desaturación, taquicardia regular:120lpm, TA 180/110. Tras colocación de reservorio, paso de Actocortina y Nitroglicerina intravenosa se estabilizó a la paciente. Se realizó ecocardiografía que objetivó hipokinesia septoapical y anterior con función sistólica moderadamente deprimida (FE35-40%). El angioTC torácico descartó Tromboembolismo Pulmonar. La paciente paso a cargo de UCI para monitorización con diagnóstico de Síndrome de TakoTsubo. Durante su estancia en UCI la paciente permaneció estable, realizándose una coronariografía que no objetivó lesiones. Posteriormente la paciente fue dada de alta con seguimiento por parte de cardiología sin complicaciones posteriores.

Discusión: El STT se presenta como un infarto agudo de miocardio (IAM) caracterizado por una disfunción ventricular izquierda severa. Los pacientes con STT presentan disfunción ventricular izquierda grave de instauración súbita y reversible que simula un IAM sin evidenciar lesiones coronarias obstructivas.

Discusión: El NPP está indicado principalmente para hernias con pérdida de derecho a domicilio. Sus efectos se basan en la distensión progresiva de la pared abdominal para poder cerrar el defecto herniario con la menor tensión posible, estabilizar la forma y la función diafragmática, elongación de los músculos de la pared abdominal, disección neumática de bridas y adherencias viscerales.

La TBA está indicada para hernias con diámetro transversal > 10cm. El beneficio se basa en la disminución de las fuerzas de tensión lateral sobre el defecto herniario y la elongación de los músculos

Es más frecuente en mujeres de >50 años. La etiología y patogénesis del STT son inciertas. Se han identificado diferentes factores estresantes emocionales o psicológicos que influyen en el inicio de dicha patología que provocan un aumento de catecolaminas que producen vasoconstricción epicárdica y microvascular y /o espasmo que induce disfunción ventricular. También influye la deprivación estrogénica que ocurre en las mujeres postmenopáusicas.

Los estudios han demostrado mortalidad a corto y largo plazo en fase aguda de 4-5%, similar a lo que ocurre en pacientes con IAM con elevación del segmento ST. Se recomienda seguimiento por cardiología al menos durante el primer año.

CP103. CRIPTORQUIDIA INCIDENTAL DURANTE INTERVENCIÓN DE HERNIA INGUINAL EN PACIENTE ADULTO

I Lorence Tomé, Z Valera Sánchez, JR Naranjo Fernández, L Sánchez Moreno, F Oliva Mompeán

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La hernia inguinal es la patología quirúrgica más frecuente. En adultos, la prevalencia de hernia inguinal primaria varía entre el 5-15%, con una proporción hombre/mujer de 12:1.

Caso clínico: Varón de 32 años sin antecedentes de interés, derivado desde Urología por sospecha de hernia inguinoescrotal izquierda. Tras valoración por Cirugía, se propuso intervención quirúrgica. Durante la misma, se procedió a la apertura del saco herniario, apreciándose la salida del testículo izquierdo procedente de la cavidad intraabdominal al traccionar del saco. En ese momento, se decidió orquiectomía para enviar el testículo a estudio anatómopatológico, previa comprobación de que el teste derecho se encontraba en su bolsa escrotal. Finalmente, se realizó hernioplastia inguinal izquierda con colocación de malla según técnica de Lichtenstein modificada.

La anatomía patológica del testículo y del saco herniario no ha evidenciado ninguna alteración patológica.

En el seguimiento del paciente, durante los 6 meses posteriores a la intervención, no ha presentado complicaciones ni recidiva.

Discusión: La criptorquidia es la patología congénita más frecuente y se presenta con una incidencia de 3.4% en recién nacidos a término. El porcentaje se reduce al 0.8% al año, y sólo en el 10% la localización del testículo es intraabdominal. El tratamiento se basa en orquidopexia u orquiectomía, en función de la sospecha de una neoplasia subyacente y la edad del paciente. El riesgo de malignización de un testículo criptorquídic es de 30 a 50 veces mayor que el de un teste normal, y el 50% de los casos se da principalmente en los testículos con localización intraabdominal.

La presencia de criptorquidia en los pacientes adultos es extremadamente rara, con pocos casos descritos en la literatura. En este caso en concreto, ya que se trataba de un paciente en edad adulta y que el testículo se encontraba en la cavidad abdominal, se decidió extirpación de este.

CP104. DEBUT DE LINFOMA DE HODGKIN COMO TUMORACIÓN DE PARTES BLANDAS

I Lorence Tomé, Y Lara Fernández, Z Valera Sánchez, A Curado Soriano, R Jurado Marchena, F Oliva Mompeán

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: El linfoma de Hodgkin es una enfermedad relativamente infrecuente que afecta principalmente a personas jóvenes, siendo común en dos grupos de edades: de 15 a 40 años y de 55 años en adelante. El síntoma más frecuente es el aumento del tamaño no doloroso de los ganglios linfáticos a nivel del cuello, la axila o, menos frecuentemente, la ingle. El diagnóstico se establece tras el estudio anatómopatológico de algún ganglio afecto.

Caso clínico: Paciente mujer de 57 años derivada a Cirugía por sospecha de lipoma/quiste sebáceo en codo izquierdo, donde presentaba tumoración de 2-3cm, blanda, móvil, elástica, con episodios de inflamación hasta raíz del miembro. La ecografía solicitada informaba de presencia de nódulo sólido en subcutáneo, hipoecogénico y muy vascularizado, siendo imposible realizar el diagnóstico diferencial entre lesión benigna vs maligna. Se realizó exéresis de la lesión y se envió para estudio, con resultado anatómopatológico de ganglio linfático con células neoplásicas en su interior, CD30 y CD20 positivas, estableciéndose el diagnóstico de Linfoma de Hodgkin clásico con variante esclerosis nodular.

Tras la intervención, la paciente fue derivada a Hematología y se estableció estadio IA de la enfermedad, iniciando tratamiento con quimioterapia adyuvante + radioterapia posterior sobre la zona captante. Actualmente, se mantiene asintomática, no ha desarrollado nuevas lesiones y está pendiente de iniciar el segundo ciclo de tratamiento quimioterápico.

Discusión: El linfoma de Hodgkin clásico representa más del 95% de los casos de linfoma. Este grupo se divide a su vez en cuatro variantes que, en la actualidad, tienen una evolución muy similar y el mismo tratamiento. En pacientes con estadios iniciales de pronóstico favorables, como el caso que presentamos, el tratamiento consiste principalmente en la combinación de quimioterapia y radioterapia de campo afecto.

En la literatura no se ha descrito ningún caso como el que presentamos, por lo atípico de la localización, no estando establecida la actitud a seguir. Sin embargo, está ampliamente instaurada en la práctica clínica la realización de punciones diagnósticas sobre alguno de los ganglios inflamados en pacientes con sospecha de linfoma. Por lo tanto, consideramos fundamental la exéresis de las

lesiones sospechosas de malignidad, con el objetivo de establecer un diagnóstico anatómico-patológico y un tratamiento posterior.

CP105. HERNIA VESICAL, UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA.

B de Soto Cardenal¹, L Gil Alonso¹, SP de Lebrusant Fernández², C Dominguez Sánchez¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Merced, Osuna. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: La hernia vesical consiste en la protrusión de una parte de la vejiga urinaria a través de un orificio herniario. La hernia inguinal es un patología muy frecuente en nuestro medio, pero un porcentaje muy reducido entre el 1-3% de las misma asocian una herniación vesical. Dado que se trata de una entidad poco frecuente asociado a la ausencia de la sospecha preoperatoria de la misma puede suponer un incremento en las lesiones inadvertidas vesicales intraoperatorias.

Caso clínico: Varón de 65 años de edad sin antecedentes personales de interés, valorado en consultas de cirugía a donde es remitido desde atención primaria por cuadro compatible con hernia inguinal. Tras una primera valoración en consultas se diagnóstica de hernia inguinal que impresiona de ser directa (M2P) sintomática. Entre las pruebas disponibles del paciente encontramos un TAC abdomino-pélvico solicitado por otro motivo, con el diagnóstico en el mismo de una hernia vesical la cual no se había sospechado al no referir el paciente otros síntomas adicionales. Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica programada, realizando un abordaje abierto confirmándose la presencia de una hernia inguinal directa M2P con contenido vesical en su interior, procediéndose a su reparación mediante técnica preperitoneal sin incidencias postoperatorias posteriores, ni tras el alta.

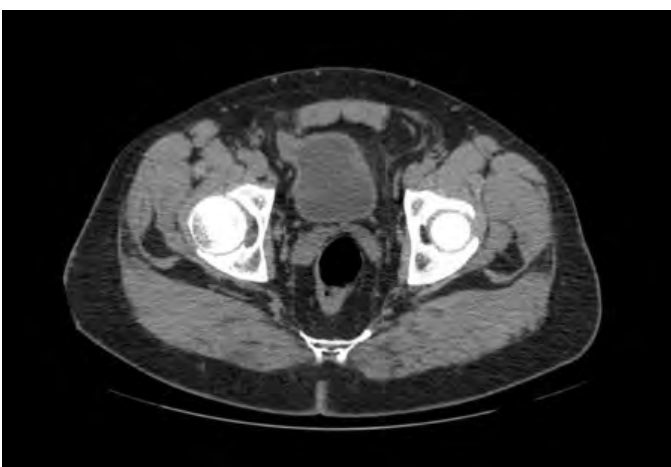


Figura 1

Hernia vesical.

Discusión: La hernia inguinal es una patología muy frecuente en nuestra sociedad, algunos de estos casos pueden asociar una hernia vesical en el 1-3% de los casos. Es más frecuente en varones de mediana edad por encima de los 50 años. La clínica suele ser bastante inespecífica, entre los síntomas que podemos asociar y que aumentan la sospecha de esta patología se encuentran los pacientes que asocian clínica miccional obstructiva, en muchos casos secundaria a una hipertrofia prostática junto con una exploración compatible con una hernia inguinal. En la mayor parte de los casos el diagnóstico es intraoperatorio lo que aumenta el riesgo de presentar una lesión inadvertida de la vejiga. Es por tanto muy importante sospechar su presencia en pacientes varones, de edad elevada que asocian clínica miccional a la propia de la hernia, evitando así en la manipulación causar una lesión vesical.

CP106. PILOMATRIXOMA EN SÍNDROME DE CORNELIA DE LANGE

R Forneiro Pérez, I Cañas García, MS Zurita Saavedra, P de Castro Monedero, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: Presentamos el caso de un paciente joven diagnosticado de una tumoración escapular catalogada como pilomatrixoma atípico, en el contexto del síndrome de Cornelia de Lange (CdLS), consistente en una alteración del desarrollo que parece relacionarse con la aparición de tumoraciones en partes blandas y tejido neural, cuyo tratamiento en la mayoría de las ocasiones es quirúrgico.

Caso clínico: Varón de 19 años con diagnóstico de CdLS que acude a nuestras consultas por la reciente aparición de una tumoración en escápula derecha de rápido crecimiento. Se solicita una ecografía donde se aprecia una lesión en el espesor del tejido subcutáneo, de márgenes bien definidos, con unos diámetros de 30 x 40x 50mm, bien vascularizada y compatible con pilomatrixoma atípico como primera posibilidad.

Se decide llevar a cabo la extirpación de la masa (imagen 1) cuyo resultado de Anatomía Patológica informa de pilomatrixoma con márgenes quirúrgicos libres.

El paciente tras la intervención recibió el alta hospitalaria a las 48 horas y actualmente persiste libre de enfermedad tras un año de seguimiento.

Discusión: CdLS es un desorden multisistémico con expresión génica variable que afecta mutaciones espontáneas genéticas de cuatro genes en una expresión variable: NIPBL (Nipped - B- Like) es el gen más frecuentemente alterado, cuya pérdida funcional afecta al incremento en la apoptosis de tejido neural y en la síntesis de fibroblastos, interrumpiendo así la regulación de los genes durante las etapas críticas del desarrollo temprano. También las mutaciones en los genes SMC1A, HDAC8, RAD21 y SMC3 causan el síndrome de Cornelia de Lange al alterar la función del complejo de cohesina.



Figura 1

Pieza de escisión quirúrgica donde se puede apreciar tumoración que comprende piel, dermis y tejido celular subcutáneo, con márgenes de seguridad.

Cínicamente se caracteriza sobre todo por un fenotipo facial distintivo con un retraso del crecimiento y psicomotor.

El pilomatrixoma es un tumor benigno origina en las células de la matriz del folículo piloso. Los síntomas se asocian a la localización, únicamente produciendo dolor si se acompaña de inflamación y/o ulceración. Su crecimiento generalmente es lento, salvo en caso de hemorragia, inflamación o malignización. En las dos primeras situaciones, el tumor adquiere una apariencia quística rojo azulada o púrpura. Frecuentemente es un nódulo profundo.

A pesar de ser un tumor benigno, está descrita su transformación maligna. Dado que no presenta regresión espontánea, el tratamiento de elección consiste en la extirpación quirúrgica, siendo infrecuente la recidiva. La mortalidad es infrecuente.

CP107. REPARACIÓN ENDOSCÓPICA PREAPONEURÓTICA (REPA) COMO MANEJO DE LA DIÁSTASIS DE LOS RECTOS ASOCIADO A HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL.

N Montemuiño Chulian, A Curado Soriano, Ó Alpizar Rivas, F Oliva Mompean, E Navarrete de Cárcer

Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: La diástasis de los músculos rectos es una separación anormal debido al debilitamiento de la línea alba. Aparece en ambos sexos, pero con una mayor prevalencia en la mujer tras el embarazo (entre un 30-70 %). Además del problema estético, representa con frecuencia un problema clínico (dorsolumbalgias, trastornos digestivos, patología uroginecológica, etc.). Por otro lado, no es infrecuente la asociación de diástasis de los rectos y hernias de la línea media (epigástricas, umbilicales y/o incisionales), y la presencia simultánea de ambas es un factor de riesgo para la recidiva

herniaria. En los últimos años, surge el reto de técnicas innovadoras que involucren la reparación herniaria y de la diástasis en un mismo tiempo quirúrgico. Presentamos el caso de la realización de una reparación endoscópica preaponeurotica de una diástasis asociada a una hernia umbilical recidivada.

Caso clínico: Varón de 39 años intervenido de hernia umbilical mediante herniorrafia hace 3 años, presenta recidiva herniaria con diástasis de los rectos asociada. Mediante abordaje endoscópico siguiendo la técnica REPA se realizó: Incisión suprapubica con disección digital del espacio preaponeurotico para la colocación de un trocar con balón de disección. Creación de espacio virtual preaponeurotico, disección amplia del tejido celular subcutáneo hasta xifoides y reborde costal. Disección de saco y orificio herniario con reducción de su contenido. Posteriormente se realizó una plicatura de la vaina anterior de los rectos desde xifoides hasta por debajo de la cicatriz umbilical. Colocamos malla autoadhesiva preaponeurotica y desuflamos bajo visión directa. El paciente cumplió un postoperatorio favorable, siendo dado de alta el día siguiente a la intervención y sin complicaciones ni recidiva a los 12 meses de seguimiento.

Discusión: El abordaje de las diástasis asociadas o no a hernias de línea media ha experimentado un desarrollo importante en los últimos años debido a la evolución de técnicas laparoscópicas y un mejor conocimiento de la patología. La técnica REPAR permite recuperar la integridad de la anatomía y reparar defectos herniarios asociados, con bajas tasas de complicaciones y recidivas. Supone una alternativa segura, reproducible y efectiva para aquellas diástasis que no tengan un colgajo dermograso.

CP108. TUMOR FIBROHISTIOCÍTICO PLEXIFORME, SERIE DE DOS CASOS

C Acosta Gallardo¹, E Fernández Segovia¹, F Fernández Segovia²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. ²Servicio Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El tumor fibrohistiocítico plexiforme es un tumor raro de origen mesenquimal de malignidad intermedia. Se caracteriza por afectar a personas jóvenes, más frecuente en extremidades, de crecimiento lento, recidiva local y potencial metastásico ganglionar.

Presentamos una serie de 2 casos diagnosticados en nuestro centro en los últimos 5 años.

Caso clínico: CASO 1: paciente mujer de 23 que consultó por tumoración en brazo izquierdo de un año de evolución, no dolorosa, dura al tacto y móvil, con diagnóstico de sospecha de quiste sebáceo. Se realizó exéresis de la lesión. El estudio histopatológico de la pieza informó de que: "las características observadas pueden encontrarse en el tumor fibrohistiocítico plexiforme, con afectación del margen quirúrgico profundo". Tras presentar el caso en el comité oncológico multidisciplinar, se decidió ampliación de márgenes y vigilancia estrecha hasta confirmación anatomopatológica.

CASO 2: paciente varón de 19 años que consultó por tumoración en región escapular izquierda de 6 meses de evolución, sin otra sintomatología. Se realizó enucleación de la lesión bajo anestesia local, sin incidencias. El estudio histológico informó de “tumor fibrohistiocítico plexiforme, índice mitótico: tres mitosis/diez campos de gran aumento, lesión fragmentada que afecta a márgenes quirúrgicos”. Ante los resultados, se decidió ampliación de márgenes quirúrgicos, que han resultado negativos tras estudio histopatológico. El paciente continuó en seguimiento periódico por parte de su médico de familia, sin evidencia de recidiva local ni metástasis a distancia.

Discusión: El tumor fibrohistiocítico plexiforme es una neoplasia infrecuente y de difícil diagnóstico. Los tumores de tejidos blandos presentan en su mayoría características clínicas similares, siendo imprescindible el diagnóstico histológico para su caracterización. Por este motivo es importante considerarlos en el diagnóstico diferencial en las lesiones en tejidos blandos, especialmente localizadas en miembros superiores.

El tratamiento es la cirugía radical, hasta conseguir márgenes libres de tumor. La idoneidad de los márgenes quirúrgicos no está bien definida en la literatura. Por este motivo se considera de especial importante el seguimiento estrecho de estos pacientes y la realización de biopsias quirúrgicas diagnósticas en caso de sospecha de recidiva local. En la actualidad no hay evidencia de tratamiento con quimioterapia, radioterapia o fármacos inmunológicos afecten a la supervivencia. No obstante, el pronóstico de la mayoría de los casos es bueno, con una alta supervivencia tras la cirugía.

CP109. UNIDAD DE PARED ABDOMINAL COMPLEJA Y CMA: RESULTADOS TRAS LOS DOS PRIMEROS AÑOS

MH Mohamed Chairi, MC Montes Osuna, M Domínguez Bastante, JL Díez Vigil, A Gómez Arroyo, A Mansilla Roselló

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: Describir nuestros resultados en eventroplastias en la unidad de pared abdominal y CMA.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de eventroplastias programadas desde enero 2018 a junio 2019. El seguimiento mínimo fue seis meses.

Analizamos variables demográficas, factores de riesgo, tipo de eventroplastia, complicaciones (según Clavian-Dindo), recidivas y mortalidad.

Resultados: Se intervinieron 299 pacientes, por vía abierta el 98,7% (295), por miembros de la unidad (207 -69,2%-) o residentes (29 -9,7%). Las características demográficas y factores de riesgo están en la Tabla I. El CEDAR medio fue del 18,2 +/- 11,6%.

Las técnicas se resumen en la tabla II. Se utilizaron mallas basadas en polipropileno.

Edad	61.28+/-11.64 años	
Sexo	Hombres	150 (50.2%)
	Mujeres	149 (49.8%)
ASA	I	31 (10.4%)
	II	182 (60.9%)
	III	81 (27.1%)
	IV	5 (1.7%)
IMC	30.63+/-11.64 Kg/m ²	
Factores de riesgo	Diabetes	64 (21.4%)
	Neumopatía	48 (16.1%)
	No Fumador	167 (55.9%)
	Fumador	55 (18.4%)
	Exfumador	72 (24.1%)

Tabla 1

Características demográficas y factores de riesgo en pacientes intervenidos.

Tabla II

Rafia	7 (2.3%)
Intraperitoneal	43 (14.4%)
Preperitoneal	90 (30.1%)
Retromuscular	128 (42.8%)
Supraaponeurótica	5 (1.7%)
TAR	26 (8.7%)

Tabla 2

Técnicas quirúrgicas en pacientes intervenidos.

Destacamos 128 (42,8%) intervenciones de pared compleja, realizándose adyuvancia preoperatoria con toxina botulínica en 20 (6,7%), neumoperitoneo progresivo en 9 (3%), y combinación de ambos en 5 (1,7%).

En cuanto a las complicaciones, registramos 63 (21 %), la mayoría (35 -11,7%) grado I (seromas o hematomas).

La tasa de recidiva es del 9% (27 pacientes). Fueron éxitos en el seguimiento 4 (1,3%) pacientes, solo un caso en relación a peritonitis postquirúrgica.

CP110. UTILIDAD DEL CIANOCRILATO EN LA PREVENCIÓN DE SEROMAS TRAS CIRUGÍA DE HERNIA INCISIONAL

JJ Trujillo Díaz, M Ruiz Soriano, C Jezieniecki Fernández, T Gómez Sanz, J Herreros Rodríguez, M Montes Manrique, M Rodríguez López, J Beltrán de Heredia Rentería

Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

Introducción: La patología herniaria de la pared abdominal es una de las más frecuentes en la Cirugía general. Las eventraciones o hernias incisionales presentan una alta incidencia, principalmente tras laparotomías medias. Su reparación con material protésico conlleva una baja tasa de recidivas pero las complicaciones como infecciones del sitio quirúrgico (ISQ), hematomas y seromas son frecuentes. Los seromas son una de las complicaciones más frecuentes, cuando aparecen pueden generar una prolongación de la estancia hospitalaria, aumento del número de reingresos o reintervenciones quirúrgicas, aumento el riesgo de ISQ y por ende del gastro sanitario. El objetivo de este estudio es demostrar si el cianocrilato (Glubran®) puede disminuir la incidencia de seromas postoperatorias en cirugía de hernia incisional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo donde analizamos pacientes que fueron sometidos a cirugía electiva de hernia incisional durante el periodo Noviembre-2018 a Octubre-2019. Los pacientes fueron distribuidos en dos grupos, grupo A: pacientes en los que se utilizó cianocrilato (Glubran®) para la fijación de la malla y sobre el tejido celular subcutáneo y el grupo B: aquellos en los que no se utilizó cianocrilato.

Resultados: Un total de 78 pacientes fueron analizados (hombres: 52,6%, edad: 68,5 (RIQ: 59-75años)). Estancia hospitalaria: 2 (RIQ: 2-5días). Antecedentes patológicos: diabetes mellitus(7,7%), hipertensión arterial (30,8%), dislipidemia(41%), fumador (33,3%), consumo de alcohol (15,4%), enfermedad cardiovascular (15,4%). Clasificación ASA: I(5,1%), II(71,8%), III(23,1%). Complicaciones postoperatorias: global(34,6%), seroma(26,9%), ISQ(7,7%). Recidiva herniaria:5,1%. Localización de la hernia: línea media (84,6%), otras (15,4%). Grupo cianocrilato (Grupo A): 39,7%. Técnica quirúrgica: malla supra-aponeurótica (76,9%), sublay(23,1%).

Los pacientes en los que se utilizó cianocrilato presentaron una menor incidencia de complicaciones globales, de seromas tanto clínico como ecográfico y de infecciones del sitio quirúrgico (22,6% vs 42,6% p=0,07; 12,9% vs 36,2% p=0,023; 22,6% vs 38,3% p=0,1; 0% vs 12,8% p=0,038 respectivamente).

Cuando analizamos únicamente los pacientes con material protésica en posición supra-aponeurótica, el grupo cianocrilato presentó igualmente menor incidencia de complicaciones globales, seromas tanto clínico como ecográfico y de ISQ (21,7% vs 78,3% p=0,037; 13% vs 43,2% p=0,014; 21,7% vs 43,2% p=0,09; 0% vs 16,2% p=0,042 respectivamente).

Conclusiones: El cianocrilato (Glubran®) puede ser un buen método de ayuda en la reducción de seromas postoperatorios en pacientes sometidos a reparación mediante cirugía abierta de hernias incisionales, sin incrementar la incidencia de otras complicaciones.

CP111. ABORDAJE PERINEAL DEL PROLAPSO RECTAL COMPLETO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA O ELEVADO RIESGO QUIRÚRGICO: TÉCNICA DE DELORME.

MH Mohamed Chairi, E Fernández Segovia, FJ Huertas Peña, M Arteaga Ledesma, JT Torres Alcalá, JM Vilar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El prolapso rectal completo es la protrusión del recto con todas sus capas a través del orificio anal. Se trata de una afección incapacitante que afecta principalmente a adultos mayores, sobre todo a mujeres. Se asocia a problemas de incontinencia anal (hasta el 70% de los casos) y ocasionalmente a estreñimiento.

La reparación quirúrgica es el tratamiento de elección. Se han descrito diferentes técnicas, tanto por vía abdominal como perineal. Sin embargo, no hay consenso en cuanto a qué procedimiento es más eficaz en lo que respecta a la tasa de recurrencia, la función intestinal y el riesgo quirúrgico.

La técnica de Delorme es un procedimiento por vía perineal que consiste en la plicatura de la capa muscular del recto con resección de la capa mucosa.

A continuación, se presenta un caso de una paciente con prolapso rectal de espesor completo tratada mediante técnica de Delorme.

Caso clínico: Paciente de 84 años con antecedentes de infartos lacunares crónicos, hipertensión arterial, déficit de factor X de la coagulación y estreñimiento crónico. Consulta por prolapso rectal de años de evolución, inicialmente relacionado con los esfuerzos defecatorios y, actualmente en reposo. Asocia incontinencia fecal. A la exploración se evidencia prolapso rectal de espesor completo no relacionado con maniobras de Valsalva.

Se realiza resonancia magnética para valoración del suelo pélvico. Se objetiva desinserción de la hoja derecha del músculo puborrectal; cistocele moderado, descenso del suelo pélvico, peritoneoceles y enterocele moderado.

Se decide tratamiento quirúrgico. Dado el riesgo quirúrgico, se realiza reparación por vía perineal mediante técnica de Delorme. Evoluciona de forma favorable sin incidencias.

Se ha realizado seguimiento ambulatorio durante 6 meses sin evidenciar complicaciones. En la actualidad, la paciente no ha presentado recidiva postoperatoria ni alteraciones relacionadas con el tránsito intestinal.

Discusión: La técnica de Delorme ha demostrado ofrecer importantes ventajas con respecto a otras técnicas de abordaje abdominal; el abordaje perineal disminuye el riesgo de impotencia sexual asociado a lesión de los nervios pélvicos; así como problemas de eyaculación, derivados de lesiones en el plexo hipogástrico. Por este motivo, suele ser la técnica de elección en varones jóvenes y adultos.

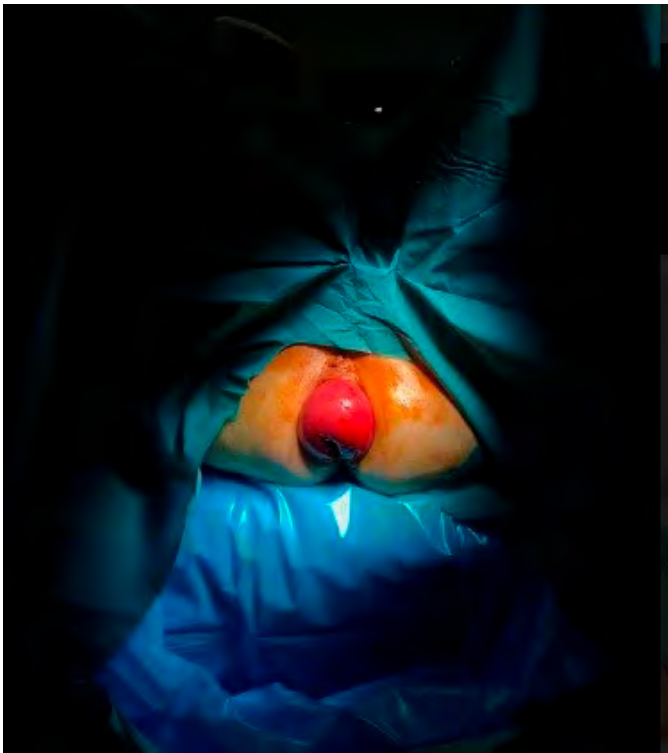


Figura 1

Prolapso rectal completo.



Figura 3

Resultado de la reparación según técnica de Delorme.

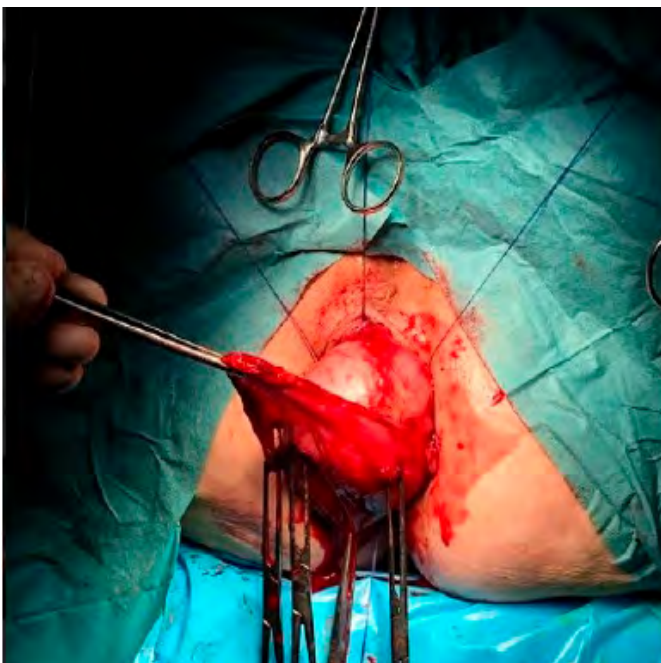


Figura 2

Abordaje perineal del prolapso rectal.

Además, es una cirugía poco invasiva, con poca morbimortalidad, que permite una corta estancia hospitalaria y reintroducción precoz de la ingesta oral. Está asociada escaso dolor postoperatorio y puede realizarse sin necesidad de anestesia general. Estas ventajas la

convierten en la técnica de elección para varones jóvenes y pacientes con alto riesgo quirúrgico.

CP112. ABSCESO HEPÁTICO Y SU ASOCIACIÓN A CÁNCER COLORRECTAL

A Cisneros Ramirez, P Dabán López, I Lendínez Romero, E Dabán Collado, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: El absceso hepático piógeno es una entidad infrecuente, con una incidencia de 8-15 casos/100.000 habitantes. Es de origen polimicrobiano y sus causas son múltiples, siendo más frecuente secundario a patología biliar, seguido de infección intrabdominal vía portal e infecciones sistémicas vía arterial. Sin embargo, es poco frecuente encontrar abscesos hepáticos secundarios a trombosis portal de origen paraneoplásico. En este trabajo describimos un caso de absceso hepático en un paciente con trombosis portal paraneoplásica secundario a cáncer colorrectal.

Caso clínico: Varón de 64 años acude a urgencias por epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho de 2 meses de evolución, con empeoramiento en la última semana. Asociaba rectorragias, pérdida de 5Kg de peso, astenia e hiporexia. En colangiografía realizada días antes, se confirmó trombosis portal izquierda intrahepática.

Al ingreso destacaba ligera elevación de transaminasas y de reactantes de fase aguda. TAC abdominal urgente: lesión hepática sugerente de absceso de 65 x 59 x 48mm en segmentos VIII y IV y persistencia de la trombosis portal izquierda. Ingresó para tratamiento conservador con drenaje percutáneo del absceso. En el hemocultivo y el cultivo del material hematopurulento se aisló *Streptococcus anginosus* multisensible.

Debido al germen aislado, se solicitó un ecocardiograma descartándose endocarditis y se solicitó colonoscopia reseccándose 6 pólipos, en dos de ellos, a 15 y 10 cm de margen anal, la anatomía patológica informó adenocarcinoma pT1 con margen afecto. El absceso hepático tuvo buena respuesta al tratamiento realizado. El paciente fue presentado en Comité Multidisciplinar de Cáncer Colorrectal decidiéndose programar para una resección anterior de recto.

Discusión: El tratamiento del absceso hepático actualmente es el drenaje percutáneo radioguiado asociado a antibioterapia dirigida, siendo los patógenos principales gérmenes gran negativos, *Staphylococcus* y *Streptococcus*.

El *Streptococcus anginosus*, es una bacteria Gram positiva que pertenece al microbiota gastrointestinal habitual. Son infrecuentes los casos descritos en la literatura de asociación directa a cáncer colorrectal. El paciente que presentamos, cursó con bacteriemia y absceso hepático por *S. anginosus* y, dado este hallazgo, se inició el estudio que diagnosticó el cáncer colorrectal.

Es recomendable realizar despistaje de cáncer colorrectal, pues con en este caso (y en otros en la literatura) comprobamos su relación con cáncer colorrectal.

CP113. ADENOCARCINOMA DE PULMÓN METASTÁSICO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

A Cisneros Ramírez, MÁ García Martínez, P de Castro Monedero, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: Las principales localizaciones metastásicas del cáncer de pulmón son cerebro, hueso, pulmón e hígado, otras localizaciones son infrecuentes (<5%), representando las metástasis colónicas menos del 0,4%. En este trabajo describimos un caso de obstrucción intestinal por metástasis de colon de un Adenocarcinoma de pulmón.

Caso clínico: Varón de 65 años con antecedente de adenocarcinoma de pulmón Estadio IV con metástasis óseas y pulmonares diagnosticado en 2018 tratado con Alectinib. Acudió a urgencias por cuadro de dolor abdominal, estreñimiento, náuseas y vómitos. Se realiza tomografía de abdomen informa de engrosamiento parietal circunferencial y estenosis de unos 6 cm en ángulo hepático de colon con dilatación del ciego y colon ascendente, de hasta 7,9 cm, condicionando obstrucción intestinal con válvula ileocecal competente.

Se realiza laparotomía exploradora urgente evidenciando neoformación en ángulo hepático y conglomerado adenopático retrayendo el eje mesentérico y vasos cólicos derechos. Se realizó hemicolectomía derecha con anastomosis laterolateral mecánica. La anatomía patológica reportó metástasis de Adenocarcinoma de pulmón en colon derecho, pobremente diferenciado. Tras la recuperación postoperatoria y la mejoría clínica del paciente se indica alta con tratamiento paliativo domiciliario.

Discusión: El cáncer de pulmón representa el 13% de todos los cánceres y es responsable del 18% de las muertes por esta causa. La supervivencia de pacientes estadio IV en tratamiento es del 40% el primer año y del 2% a los 5 años. En pacientes diagnosticados de metástasis colónicas suele ser aproximadamente de dos meses, limitando las opciones terapéuticas, de allí la importancia del diagnóstico precoz.

Existen pocos casos publicados de metástasis colónica por cáncer de pulmón, incluso en estadios avanzados, pero debe considerarse una posibilidad diagnóstica ante una tumoración colónica en un paciente con enfermedad neoplásica pulmonar, pues es tan factible como un cáncer primario colorrectal asociado, tal y como se presentó en este caso.

CP114. CÁNCER COLORRECTAL EN MAYORES DE 75 AÑOS, ¿APORTA LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA ALGÚN BENEFICIO?

T Gómez Sanz, J Trujillo Díaz, M Ruiz Soriano, C Jezieniecki Fernández, A Vázquez Fernández, B de Andrés Asenjo, C Ferreras García, A Romero de Diego, J Beltrán de Heredia Rentería

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

Introducción: El cáncer colorrectal es uno de los más frecuentes actualmente en los países desarrollados, ocupando en nuestro país el segundo lugar tras el cáncer de próstata en hombre y en mujeres tras el cáncer de mama. Se espera que la incidencia alcance el 60% en 2030 en los países desarrollados, donde la esperanza de vida aumenta progresivamente. Diversos estudios muestran una mayor eficacia de la cirugía laparoscópica frente a la abierta, siendo difícil extrapolar los resultados a los pacientes mayores de 75 años, ya que no se centran en este grupo de edad en el que la comorbilidad hace que el riesgo quirúrgico sea mayor.

Debido a la escasez de literatura sobre este grupo de pacientes, decidimos realizar un estudio para valorar los resultados de la cirugía laparoscópica en pacientes mayores de 75 años

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo, analizando nuestra base de datos de pacientes sometidos a cirugía curativa de cáncer colorrectal durante el período comprendido entre Septiembre-2016 a Junio-2017.

Resultados: Se analiza un total de 75 (de un total de 94; 79,8%) pacientes sometidos a cirugía laparoscópica : 56 ≤ 75 años (Hombres: 42 (75%); Mujeres: 14 (25%)), 19 >75 años (Hombres: 10(52,6%), Mujeres: 9 (47,4%)). Comorbilidades: diabetes (26,8% vs 36,8%), hipertensión arterial (48,2% vs 52,6%), dislipemia (48,2%), tabaquismo (23,2%) vs (26,3%) vs 8(42,1%)), EPOC (3,6% vs 26,3%).

Localización del tumor: ascendente (26,8% vs 36,8%), transverso (5,4% vs 5,3%), descendente (3,6% vs 5,3%), sigma (21,4% vs 31,6%), recto (42,9% vs 21%).

Tipo de cirugía realizada: HCD (23,2% vs 26,3%), HCD ampliada (7,1% vs 15,8%), HCI (3,6% vs 5,3%), sigmoidectomía (21,4% vs 15,8%), RAB (21,4% vs 26,3%), RAUB (7,1% vs 0), AAP (7,1%); vs 10,5%), TATME (5,4% vs 0), TAMIS (1,8% vs 0).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en lo referente a la tasa de reconversión a cirugía abierta, siendo mayor esta en los mayores de 75 años (26,3% vs. 8,9% p<0,05).

No encontramos diferencias estadísticamente significativas en lo referente a las tasas de complicaciones globales, infecciosas graves, infección de herida quirúrgica (CD≥3) ni dehiscencias (36,8% vs. 34,5% p=0,8; 31,6% vs. 28,6% p=0,8; 21,1% vs. 17,9% p=0,75; 10,5% vs. 12,5% p=0,8; 21,1% vs. 12,5% p=0,36. Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y ganglios linfáticos aislados (195,8±57,5 vs. 189,3±61,2 min p=0,5; 9,5±7,3 vs. 9,3±9,5 días p=0,9, 19,5±9,3 vs. 17,9±10,8 ganglios p=0,5).

Conclusiones: La cirugía laparoscópica en el cáncer colorrectal constituye una alternativa válida a la cirugía laparoscópica en el grupo de pacientes mayores de 75 años, no observándose una mayor tasa de complicaciones globales, infecciosas graves ni dehiscencias a pesar de la mayor comorbilidad que presentan estos pacientes.

En el grupo de pacientes mayores de 75 años se observó una mayor tasa de conversión a cirugía abierta que en el grupo de <75 años (26,3% vs 8,9%)

CP115. CANCER EPIDERMÓIDE RECTAL.

B González Sierra, A Lopez Lopez, V Arteaga Peralta, DC Daniel Alejandro, MD Picardo Gomendio, AA Medina Velasco, IA Gemio del Rey, JM García Gil, R de la Plaza Llamas

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

Introducción: El carcinoma de células escamosas (CCE) rectal es una enfermedad rara. Se estima una incidencia de alrededor de 0,1 a 0,25 por 1000 neoplasias colorrectales. Su presentación es inespecífica y los pacientes tienden a presentar síntomas en estadio avanzado. La distinción del CCE del ano puede ser difícil. La literatura está representada por informes de casos y series cortas.

Caso clínico: Paciente de 57 años con antecedentes de obesidad mórbida que comienza estudio por alteración del ritmo intestinal con tenesmo rectal y pérdida de peso de meses de evolución.

Se realiza colonoscopia con la presencia a 10 cms de esfínter anal externo, de una lesión de aspecto neoplásico, la anatomía patológica concluye mucosa rectal infiltrada por un carcinoma epidermoide, con diferenciación basaloide

En el TAC abdominopélvico se confirma un efecto masa de partes blandas y adenopatías locorregionales cT3 N1 M0. Recibe tratamiento con radioterapia y Xeloda. Se realiza amputación abdominoperineal y la pieza quirúrgica refleja ausencia de focos residuales de carcinoma epidermoide tras neoadyuvancia ypt0 ypn0.

Discusión: El CCE del recto parece afectar más a las mujeres, con una edad media de 57 años. Con respecto a la fisiopatología, se ha descrito la diferenciación escamosa en adenoma y adenocarcinoma, otros han informado casos de SCC rectal en asociación con cáncer de próstata, ovario y endometrio. La asociación entre el virus del papiloma humano (VPH) y el CCE anal se ha establecido claramente, sin embargo, con el CCE rectal aún no se ha establecido. Los síntomas de CCE son similares a los del adenocarcinoma del recto.

Los criterios necesarios para el diagnóstico de CCE colorrectal: no evidencia de CCE primario en otra localización, ausencia de extensión del tumor desde el epitelio escamoso anal y ausencia de tracto fistuloso escamoso al intestino afectado. Además, también se requieren resultados histológicos, con carcinoma escamoso sin diferenciación glandular.

En el análisis inmunohistoquímico, la citoqueratina CAM 5.2 puede teñir para CCE rectal, pero no en CCE anal.

La cirugía es el tratamiento estándar para el CCE colorrectal. La adición de radioterapia antes de la cirugía aumenta la preservación del esfínter.

Parece que el pronóstico es más pobre para el CCE colorrectal que para el adenocarcinoma.

El CCE del recto es un tumor maligno poco frecuente. La información disponible es confusa por falta de uniformidad en el diagnóstico y estadificación de la enfermedad. El tratamiento de SCC sigue siendo difícil, y se necesita la adquisición de datos más consistentes.

CP116. CIRUGÍA EN CÁNCER COLORRECTAL Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS, UTILIDAD DEL PROGNOSTIC NUTRITIONAL INDEX POSTOPERATORIO COMO PREDICTOR

T Gómez Sanz, J Trujillo Díaz, M Ruiz Soriano, C Jezieniecki Fernández, A Vázquez Fernández, B de Andrés Asenjo, J Ortiz de Solorzano Arousa, C Infante Gonzalo, J Beltrán de Heredia Rentería

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

Introducción: El cáncer colorrectal supone un importante problema de salud, suponiendo el 10% del total de cánceres diagnosticados. La cirugía es la principal opción terapéutica. Las complicaciones postoperatorias que pueden surgir no solo suponen una alteración en la calidad de vida de los pacientes, si no que también tienen una importante relevancia en el pronóstico a largo plazo. Son varios los scores que se han creado con el objetivo de valorar la probabilidad de desarrollo de estas complicaciones, siendo uno de ellos el PNI (Prognostic Nutrition Index), que se calcula a partir de los valores de albúmina sérica (marcador de estado nutricional) y el número absoluto de linfocitos (indicador de función inmunológica).

Desarrollamos este estudio con el objetivo de comprobar si valores de PNI bajos en el postoperatorio se asocian con una mayor tasa de complicaciones.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo, analizando nuestra base de datos de pacientes sometidos a cirugía curativa de cáncer colorrectal durante el período de tiempo comprendido entre Septiembre-2016 y Junio-2017.

Resultados: Se analizaron un total de 94 pacientes (Hombres: 65(69,1%) y mujeres: 29(30,9%). Comorbilidades: diabetes (27,7%), hipertensión arterial (47,9%), dislipemia (40,4%), tabaquismo (21,3%), enolismo (11,7%), EPOC (7,4%), patología cardiaca (23,4%).

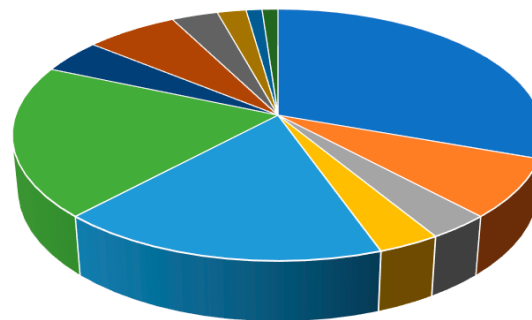
Localización del tumor: ascendente (34%), transversal (4,3%), descendente (8,5%), sigma (20,2%), recto superior (12,8%), recto medio (7,4%), recto inferior (11,7%).

Cirugía realizada: Se realizó por vía laparoscópica en 75 de los pacientes (79,8%), suponiendo el 73,4% de las cirugías de colon y el 93,3% de las cirugías de recto. Se tuvo que realizar conversión a cirugía abierta en 10 casos (10,6%), de ellos el 8,5% en colon y el 2,1% en recto.

Complicaciones postoperatorias: globales: 38 (40,4%), presentando la laparoscopia menor tasa de complicaciones (35,1 vs 63,2%, p=0,02); infecciosas (29,8%), Clavien-Dindo ≥ 3 (20,2%). Presentaron infección de la herida quirúrgica el 12,8%, de ellos el 10-7% y el 2,1% fueron cirugía de colon y recto respectivamente (p>0,05), presentando la laparoscopia menor tasa de infección.

Conclusiones: El score PNI, medido a partir de las analíticas en el postoperatorio, podría ser un buen predictor de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía curativa de cáncer colorrectal.

Los pacientes que presentaron complicaciones (graves (CD ≥ 3) y dehiscencias) tenían unos cifras más bajas de PNI.



- HCD
- HCD ampliada
- HCI
- HCI ampliada
- Sigmoidectomía
- RAB
- TAUB
- AAP
- TaTME
- TAMIS
- Hartmann
- Colectomía total

Figura 1 Tipo de cirugía realizada.

CURVA ROC	AUC	PUNTO DE CORTE	CONCLUSIÓN
PNI 1ºDPO y aparición de dehiscencias	0.62	33	PNI <33 → Mayor tasa de dehiscencias
PNI 2ºDPO y aparición de complicaciones graves	0.6	30	PNI <30 → Mayor tasa de complicaciones graves y dehiscencias

Figura 2 Relación PNI postoperatorio y aparición de complicaciones.

CP117. CUANDO LA HISTOLOGÍA OFRECE EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: APENDICITIS GRANULOMATOSA POR YERSINIA

S Martín Arroyo, E Muñoz Caracuel, S Melero Brenes, E Gutiérrez Cafranga, J Gavilán Parras

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: La apendicitis granulomatosa constituye menos del 2% de todas las apendicectomías realizadas. La etiología puede ser infecciosa (*Yersinia* spp, *Mycobacterium tuberculosis*, *Enterobius Vermicularis* y *Actinomyces* spp) y no infecciosa (diverticulitis, EC, reacciones granulomatosas de cuerpos extraños, tumores y sarcoidosis).

Su forma de presentación es muy similar a un cuadro de abdomen agudo por apendicitis: dolor abdominal de inicio en epigastrio y migración a fosa ilíaca derecha, Blumberg +, náuseas/vómitos, fiebre y anorexia.

Con respecto a las pruebas de laboratorio, aportan pocos datos y la serología específica debe realizarse al comienzo del cuadro, ya que se negativiza precozmente tras la apendicectomía.

El diagnóstico definitivo será histológico: granulomas con necrosis central y supuración con formación de microabscesos, muy similares a los encontrados en la tuberculosis intestinal, pero con PAS y Ziehl-Neelsen negativos.

El tratamiento quirúrgico es curativo. Sin embargo, dado que entre el 5 y el 10% de los pacientes con una apendicitis granulomatosa desarrollarán a lo largo de su vida una enfermedad de Crohn, existe un debate sobre la necesidad de seguimiento de estos pacientes.

Caso clínico: Mujer de 16 años que acude a urgencias por dolor abdominal en FID y diarrea. A la exploración, abdomen blando, depresible, con dolor a la palpación en FID, Blumberg +.

Analíticamente con discreta leucocitosis y neutrofilia, PCR 107.6 mg/dl. Se realiza ecografía, que evidencia hallazgos compatibles con proceso apendicular agudo.

Se decide apendicectomía urgente. La evolución postoperatoria es satisfactoria, únicamente cabe destacar episodio diarreico que retrasó el alta domiciliaria al cuarto día postoperatorio.

El resultado anatomopatológico fue de apendicitis granulomatosa necrotizante por Yersinia enterocolitica. Se consultó con servicio de infecciones, que desestimó tratamiento adicional.

A los cinco meses de la cirugía la paciente permanece asintomática y con de control sin hallazgos reseñables.

Discusión: La apendicitis granulomatosa es una causa infrecuente de abdomen agudo, pudiendo ser de etiología infecciosa o no infecciosa.

La clínica es similar a la de una apendicitis, al igual que las pruebas de laboratorio y las pruebas de imagen, siendo el estudio anatomopatológico el que nos dará el diagnóstico definitivo.

Algunos autores creen que la apendicectomía es curativa en la mayoría de los casos, mientras que otros recomiendan un seguimiento de cinco años, debido a su relación con la Enfermedad de Crohn.

CP118. DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CCR ESTADÍO IV TRAS HERNIOPLASTIA INGUINAL

A Garcia Vico, FJ Jiménez Vega, V Briceño Agüero, Al Gómez Sotelo, A Navas Cuéllar, J Cañete Gómez

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: Los tumores colorectales suelen metastatizar en ganglios linfáticos regionales; a distancia afectan en primer lugar

a hígado, pulmón y huesos. Las metástasis en cordón espermático de adenocarcinoma de colon son extremadamente raras con menos de 15 casos comunicados desde su primera descripción en 1983 y presentarse como primer síntoma de la enfermedad es todavía mas infrecuente.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 70 años intervenido de forma reglada por hernia inguinal derecha de años de evolución. En la intervención destaca el hallazgo de una tumoración en cordón espermático de consistencia dura de 2 cm de diámetro que es reseca y remitida para examen histológico. El análisis de la tumoración evidenció la presencia de células en anillo de sello compatible con metástasis de carcinoma mucinoso, con probable origen en el tracto GI.

Se realiza estudio con endoscopia y colonoscopia diagnosticándose de adenocarcinoma de colon a 20cm de margen anal. Sin evidencia de metástasis a distancia en TC, se realizó hemicolectomía izquierda con AP definitiva de adenocarcinoma mucinoso con áreas de adenocarcinoma convencional pT4N0M1. Postoperatorio sin incidencias siendo alta al 5º DPO.

Ha seguido adyuvancia con quimioterapia según esquema XELOX. Durante seguimiento se evidencia lesión en canal inguinal derecho de 33mm con captación en PET (Figura 1) por lo que se realizó resección de la misma junto con orquiectomía ipsilateral (Figura 2).

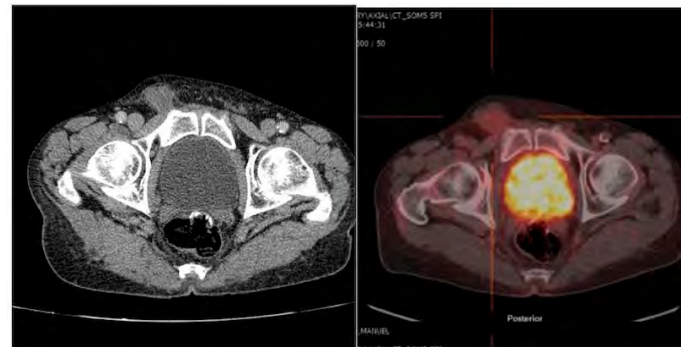


Figura 1 Pet TC que muestra lesión en canal inguinal derecho.

Discusión: Los tumores primarios del cordón espermático son poco frecuentes y las metástasis a dicho nivel muy raras. En el caso de las lesiones metastásicas el tumor primario suele localizarse en la próstata, riñones o tracto gastrointestinal. El cáncer colorrectal rara vez se acompaña de lesiones metastásicas a dicho nivel.

Lo extraordinario de nuestro caso es su presentación como hallazgo casual durante la cirugía por una patología banal, tratándose de un paciente asintomático. La cirugía esta indicada en ausencia de otras metástasis, y sería dudosa su utilidad en los tumores ya diseminados.



Figura 2

Orquiectomía derecha junto con lesión neoplásica.

CP119. DIFERENCIA EN TÉRMINOS DE MORBIMORTALIDAD QUIRÚRGICA ENTRE PATRÓN FISTULIZANTE, ESTENOSANTE O AMBOS (CLASIFICACIÓN DE MONTREAL).

A Fierro Aguilar, V Camacho Marente, T Gómez Sánchez, E Sancho Maraver, C Bazán Hinojo, JM Pacheco García

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: Analizar la relación entre los diferentes patrones de EII según la clasificación de Montreal y su relación con las complicaciones postoperatorias en los pacientes intervenidos por enfermedad inflamatoria intestinal en nuestro medio.

Material y métodos: Se presenta un estudio de cohortes retrospectivo donde se analizaron las complicaciones asociadas a los diferentes patrones de enfermedad, tales como la dehiscencia de anastomosis, la aparición de colecciones postoperatorias, las eventraciones, la sepsis por catéter, la infección del sitio quirúrgico, las complicaciones médicas y la necesidad de drenaje percutáneo o reintervención. Además, se recogieron el número de días postoperatorios, la tasa de reingreso a los 90 días y recurrencia de la enfermedad.

Resultados: Se analizan 30 pacientes (17 mujeres y 13 hombres) intervenidos por enfermedad inflamatoria intestinal desde Enero de 2016 a Diciembre de 2019 mediante el software SPSS. De ellos, 16 presentaban enfermedad estenosante (53,3%), 10 enfermedad fistulizante (33,3%) y 4 ambas (13,3%). Trece pacientes (43,3%) presentaron complicaciones, siendo la más frecuente la infección del sitio quirúrgico (7 pacientes), seguida de la dehiscencia de anastomosis (6 pacientes). Se evidenció recurrencia de enfermedad en 10 pacientes (30%), mientras que 5 precisaron de reintervención (16%) y 3 (10%) reingresaron en los 90 días posteriores al alta. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la tasa de eventraciones postoperatorias ($X^2 6'667, p 0'036$) del patrón fistulizante frente a la presencia de patrón estenosante o ambos; los 3 pacientes que presentaron eventración postoperatoria fueron pacientes con enfermedad de patrón fistulizante previa (42,82% del total de pacientes con patrón fistulizante). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de complicaciones, si bien los pacientes con enfermedad estenosante presentaron mayor número de dehiscencia de anastomosis y necesidad de reintervención que los pacientes con enfermedad fistulizante, donde se encontraron más número de infección de herida quirúrgica y más colecciones postquirúrgicas. La recurrencia de la enfermedad se encontró en el mismo número de pacientes con enfermedad fistulizante que estenosante (5 pacientes de cada patrón de enfermedad) y la tasa de reingreso a los 90 días fue mayor en pacientes con enfermedad fistulizante.

Conclusiones: El patrón de la enfermedad en los pacientes con EII puede condicionar la aparición de complicaciones variables entre ellos, especialmente la aparición de dehiscencia de anastomosis, colecciones postoperatorias e infección del sitio quirúrgico, dentro de las complicaciones precoces. Respecto a las tardías, existe un aumento de la tasa de eventraciones, que se relaciona de forma independiente con el patrón fistulizante en la serie presentada. No obstante, son necesarios estudios prospectivos con mayor número muestral que arrojen resultados de mayor impacto para confirmar estos hallazgos.

CP120. DIVERTICULITIS DE CIEGO SIMULANDO CLINICA DE APENDICITIS AGUDA

B García García, E Buendía Peña, S Álvarez Escribano, N Tapia Durán, M Ortega Castán, R de Luna Díaz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La inflamación aguda del divertículo cecal presenta un desafío diagnóstico, ya que simula los síntomas de la apendicitis aguda. Se puede clasificar en 4 grados:

Grado 1: divertículo cecal inflamado fácilmente reconocible; Grado 2: masa cecal inflamada; Grado 3: absceso localizado o fistula; y Grado 4: perforación libre o peritonitis difusa.

Caso clínico: Mujer de 38 años, con alergia a penicilinas, que acude a urgencias por dolor en FID de 3 días de evolución junto con

fiebre de 38.5. A la exploración, Blumberg +. Se realiza analítica con leucocitosis y PCR elevada. Se completa estudio con TAC de abdomen con diagnóstico de diverticulitis cecal.

Ante los hallazgos, se decide ingreso con antibioterapia intravenosa empírica (ciprofloxacino y metronidazol). Buena evolución clínica en planta con descenso de la leucocitosis, normalización de la PCR y control del dolor. Se realiza TAC de control a los 7 días con mejoría evidente radiológica por lo que se da el alta a domicilio completando antibioterapia unos días más.

Discusión: La diverticulitis cecal es una entidad rara en el mundo occidental y presenta una semiología muy similar a la apendicitis aguda. Los divertículos suelen ser primarios o de origen congénito, generalmente únicos y suelen presentarse en una edad más temprana que la enfermedad diverticular cólica. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen (ECO / TAC abdomen), aunque muchos se diagnostican intraoperatoriamente por confundirlos con una apendicitis aguda.

El tratamiento es controvertido, desde conservador con antibioterapia hasta resecciones de colon. Algunos estudios sugieren que si el diagnóstico es realizado en el preoperatorio, sólo es necesario realizar antibioterapia y reposo gástrico.

CP121. ENDOMETRIOSIS EXTRAPÉLVICA EN PACIENTE CON CLÍNICA DIGESTIVA

C Franco Peñuelas, A Cano Matías, J Valdés Hernández, J Cintas Catena, JC Gómez Rosado

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: La endometriosis es una enfermedad definida por el hallazgo de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad endometrial y la musculatura uterina. La localización más habitual es en la cavidad pélvica, siendo el tracto gastrointestinal el sitio más común de endometriosis extrapélvica, con una frecuencia de mayor a menor en unión rectosigma, intestino delgado, ciego y apéndice. Presenta signos poco específicos (dolor abdominal generalizado, diarrea sanguinolenta, rectorragia) por lo que su hallazgo se puede realizar de forma intraoperatoria. Para poder seleccionar un tratamiento es necesario analizar la extensión de la enfermedad y conocer cuáles son los planes reproductivos de la paciente ya que existe un tratamiento médico que suprime los síntomas, pero en casos más graves y complejos de endometriosis suele ser necesario cirugías regladas o urgentes dada la baja efectividad.

Caso clínico: Paciente mujer de 31 años que acude a consulta con dolor en fosa ilíaca izquierda y rectorragias que se exacerban con la menstruación, desde hace varios años. Se realiza una colonoscopia donde se aprecia una lesión que respeta mucosa pero que desestructura luz intestinal a nivel de la unión rectosigmoidea (15-20 cm del margen anal). La biopsia no es concluyente. El estudio de RNM pélvica no evidencia la lesión. Se decide laparoscopia exploradora objetivándose una lesión abigarrada con tinte oscuro

sobre la unión rectosigmoidea junto con implantes más pequeños en mesocolon que retraen la zona. Se decide resección anterior alta y anastomosis colorrectal. El resultado de anatomía patológica se corresponde con implante de endometriosis en la pieza quirúrgica. El paciente cursa con buen postoperatorio sin incidencias y es dado de alta 6 días después. En consultas la paciente confirma la ausencia de rectorragias. Se mantiene con tratamiento hormonal en seguimiento por Ginecología.

Discusión: En mujeres premenopáusicas que presentan lesiones en colon y recto es aconsejable incluir la endometriosis en el diagnóstico diferencial, sobre todo si presentan asociados síntomas ginecológicos o historia de infertilidad. Dentro de las pruebas complementarias disponibles la endoscopia es esencial junto con otras pruebas como TAC o RMN aunque el diagnóstico preoperatorio preciso es un reto debido a la ausencia de hallazgos específicos, tanto clínicos como radiológicos. Encontrar el tratamiento más adecuado tras el diagnóstico es el siguiente paso, estando indicado el tratamiento quirúrgico en los casos en los que se necesite descartar definitivamente una neoplasia o aliviar síntomas obstructivos.

CP122. ENFERMEDAD DE PAGET PERIANAL-PERIVULVAR

S Mac Mathuna, E Gutierrez Cafranga, S Martín Arroyo, E Muñoz Caracuel, J Gavilan Parras, R Escalera Perez, FJ García Molina

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: La enfermedad de Paget es una condición dermatológica maligna con afectación de la capa basal de la epidermis. Su presentación más frecuente es en la región areolar de la mama. La enfermedad de Paget extramamaria (EPEM) es mucho menos frecuente, y suele presentarse en zonas con abundantes glándulas apocrinas, como la vulva, las áreas perineal, escrotal y perianal.

Se presenta clínicamente con placas eritematosas, pruriginosas, bien demarcadas que pueden llegar a ser erosivas, ulceradas o eccematosas. Tiene predominancia femenina y normalmente ocurre en las sexta a octavas décadas de la vida

La enfermedad normalmente está confinado a la piel, pero un 10-30% están asociados a una neoplasia maligna subyacente, que se debe descartar antes de iniciar una estrategia terapéutica.

Caso clínico: Mujer de 75 años que presenta una lesión epidérmica eritematosa, ulcerada y pruriginosa a nivel perianal izquierda asociada a discreta inflamación y enrojecimiento de labio mayor de larga y lenta evolución.

Tras realizar una biopsia de lesión, es diagnosticada de EPEM.

Estudios de colonoscopia, uretecistoscopia y TAC abdomino-pélvica no muestran evidencia de enfermedad maligna asociada. La

biopsia de la lesión en labio mayor izquierdo confirmó la presencia de enfermedad de Paget y la mamografía descartó la afectación a ese nivel.

Se programó la intervención quirúrgica por un equipo multidisciplinar (Cirugía general, Ginecología y Cirugía plástica), realizando una escisión en bloque de las lesiones tumorales perivulvar y perianal, seguido por plastia con colgajo dermograso pediculado en V-Y en el mismo acto.

La AP de la pieza quirúrgica fué diagnóstica de enfermedad de Paget perianal-perivulvar con ausencia de afectación de dermis y de ganglios linfáticos, además de negatividad de carcinoma urotelial y carcinoma anorrectal.

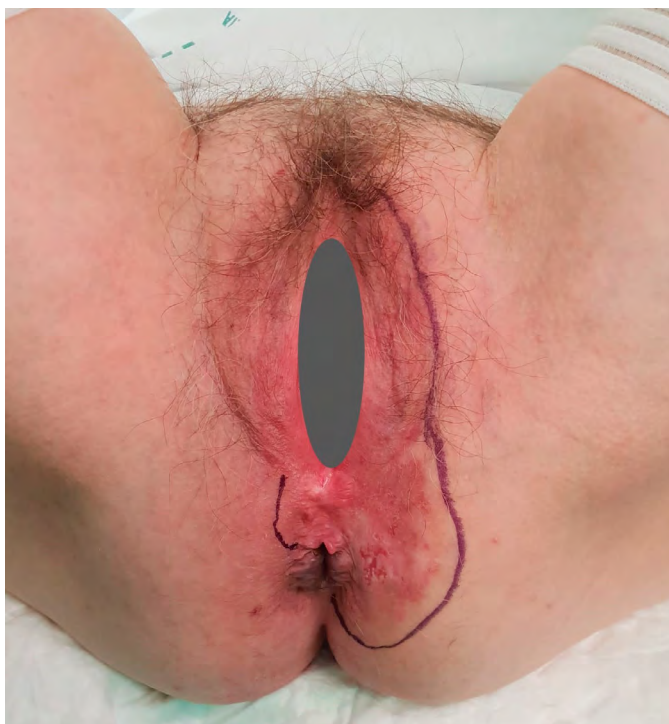


Figura 1
Área de enfermedad de Paget perianal y perivulvar.

Discusión: La EPEM es una condición poca frecuente, con unos cientos de casos publicados en la literatura médica. Representa 6.5% de la totalidad de enfermedad de Paget cutánea, y su localización más frecuente es la vulva (65%), donde representa 1% del cáncer de vulva.

La etiología de EPEM primaria parece ser de origen apocrino, pero en 10-30% de los casos la EPEM es secundaria a una enfermedad maligna subyacente, más frecuentemente urotelial o anorrectal y se debe realizar uno estudio exhaustivo para descartarla.

El tratamiento gold standard es la escisión quirúrgica de la lesión con márgenes libre de 1 - 2cm, siendo la quimioterapia sistémica y la radioterapia alternativas. Es sumamente importante el seguimiento de la paciente, dado que hay recidiva en más que 20% de los casos

CP123. EXÉRESIS LESIÓN PRESACRA CON ABORDAJE POSTERIOR

I Mirón Fernández, M Ruiz López, S Mera Velasco, FJ Campos Martínez, I González Poveda, J Carrasco Campos, JA Toval Mata, J Santoyo Santoyo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: Las lesiones presacras son una entidad poco frecuente. La mayoría son asintomáticas. La etiología más demostrada son tumores congénitos.

Presentamos un caso de abordaje trans-sacro posterior (Kraske) por una lesión quística de origen incierto.

Caso clínico: Varón de 42 años diagnosticado de artritis idiopática juvenil poliarticular, con necesidad de artroplastia bilateral de cadera y rodilla, y en tratamiento médico con tocilizumb y metotrexate. Acude a urgencias por dolor perianal de una semana asociado a estreñimiento. En el tacto rectal se palpa abombamiento extrínseco posterior que condiciona oclusión de la luz rectal. Se solicita colonoscopia sin visualizar lesión intrínseca rectal y RMN pélvica (Imágenes A y B) observándose gran masa de 6,9x7,1x4,7 cms en espacio pararectal derecho que condiciona un desplazamiento compresivo del mismo y otra masa en espacio isquional izquierdo de 5,3x3 cm con gas en su interior, y un trayecto fistuloso en situación posterior que comunica con la masa pararectal.

Se decide cirugía programada mediante procedimiento de Kraske. Se objetiva tumoración en reloj de arena desde fosa isquional izquierda que cruza posterior al recto y craneal al músculo puborrectal, extendiéndose unos 10 cm a nivel pararectal derecho. Se realiza exéresis completa de lesión perianal y exéresis parcial de lesión pararectal al no existir plano de separación con la pared rectal (Imagen C). Postoperatorio inmediato favorable salvo por infección de herida quirúrgica, realizándose drenaje y desbridamiento local con

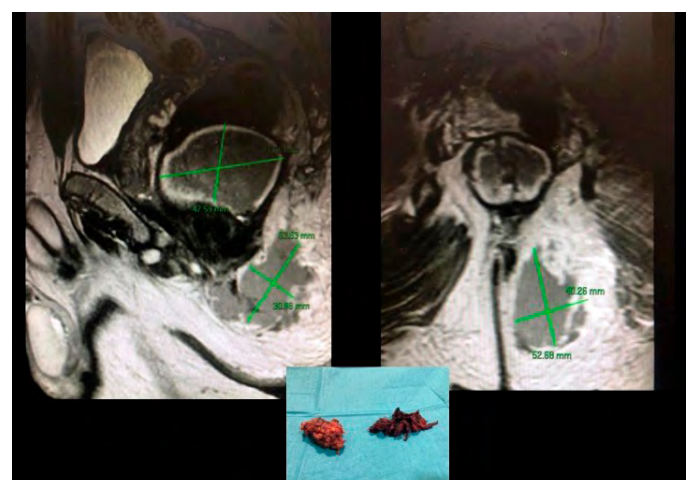


Figura 1
AyB: cortes sagital y coronal de RMN donde se observa lesión. C: pieza quirúrgica.

antibioterapia dirigida. Alta sin incidencias. El estudio histológico fue compatible con hematoma intersticial y necrosis grasa.

Discusión: Las lesiones presacras requieren exéresis dado el riesgo de malignización. La vía de abordaje depende de la localización tumoral. La resección trans-sacra posterior es el procedimiento ideal para tumoraciones inferiores a nivel de S3 como en nuestro caso. Este abordaje tiene menos morbilidad que uno transabdominal, siendo la principal complicación la infección del sitio quirúrgico.

CP124. HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORRECTAL SINTOMÁTICO

JA Blanco Elena, L Pico Sánchez, A Alberca Páramo, MT Robles Quesada

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: El espacio retrorrectal es asiento infrecuente de masas tumorales. Las entidades primarias más frecuentes pueden presentar un origen neurogénico, osteogénico o congénito, mientras que las secundarias pueden presentar un origen metastásico o inflamatorio. Entre las lesiones congénitas del espacio retrorrectal caben destacar cordomas, teratomas, meningoceles anteriores y quistes de duplicación (dermoides, epidermoides, entéricos y hamartomas quísticos). El hamartoma quístico (HQ) es una rara entidad congénita cuyo origen se postula en el intestino postanal embriogénico. La entidad fue descrita por Hjermsstad y Helwig en 1988, no habiéndose informado de grandes series de casos hasta la actualidad, presentando las más numerosas no más de 50 casos. A continuación, presentamos el caso de una paciente con dolor pélvico crónico, diagnosticada de HQ.

Caso clínico: Mujer de 51 años, sin antecedentes de interés, en estudio por Ginecología por dolor pélvico intermitente de 14 meses de evolución, sin hallazgos significativos en la exploración genital. Se realiza ecografía vaginal sin hallazgos y la paciente comienza tratamiento con anticonceptivos hormonales por sospecha de endometriosis profunda. Tras 3 meses la paciente comienza con estreñimiento y es remitida a nuestra consulta. Tras realizar tacto rectal y evidenciar una masa extrínseca en pared rectal posterior, se solicita RM que arroja el diagnóstico de sospecha de tumor quístico retrorrectal con posibles focos de malignización (**Figura 1**). La paciente se sometió a resección laparoscópica electiva, sin incidencias, siendo alta al segundo día postoperatorio. El estudio histológico de la pieza arrojó el diagnóstico de tumor quístico retrorrectal con focos de displasia leve. La paciente persiste asintomática y libre de enfermedad a los 18 meses de seguimiento.

Discusión: El HQ es una lesión infrecuente que se presenta de forma predominante en mujeres de edad media, debutando con sintomatología debida a la compresión rectal extrínseca. Debido a su localización, la mayoría de los HQ serán accesibles al tacto rectal, lo que sienta la sospecha diagnóstica. El diagnóstico preoperatorio habitualmente se realiza por el comportamiento radiológico de la lesión. La biopsia preoperatoria queda reservada a lesiones



Figura 1

no resecables quirúrgicamente. Debido a esta posibilidad de malignización y al riesgo de presentarse infecciones de repetición, el tratamiento adecuado de esta entidad es la resección quirúrgica completa.

El HQ debería considerarse en el diagnóstico diferencial de todas las lesiones del espacio retrorrectal, independientemente del género y la edad. La resección quirúrgica del HQ es crucial, debido al potencial de malignización que esta lesión presenta.

CP125. ÍLEO BILIAR COLÓNICO: UNA RARA CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

V Briceño Agüero, C Méndez García, A Roman Rando, ML Ruiz Juliá

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: El íleo colónico por cálculos biliares es una entidad extremadamente rara, menos del 0,1% de los casos de obstrucción intestinal mecánica. Generalmente ocurre en áreas de inflamación previa o enfermedad colónica. Presentamos un caso de obstrucción intestinal secundaria a impactación de un cálculo biliar en colon sigmoideos, originada por una fístula colecisto-colónica.

Caso clínico: Mujer, 88 años de edad, con antecedentes de fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, histerectomía por rotura uterina secundario a Sarcoma (2013) que debutó con hemoperitoneo, e historia de estreñimiento crónico, que acudió a urgencias por dolor abdominal difuso tipo cólico de 24h de evolución, asociado a náuseas, sin vómitos. Analítica sin alteraciones. La Rx simple mostró una marcada dilatación de todo el marco cólico (**Figura 1**). Se solicitó

TC de abdomen con contraste, describiéndose una fístula colecisto-colónica a nivel de ángulo hepático, dilatación importante del colon y una litiasis biliar única impactada en unión colon descendente-sigma (Figuras 2 y 3). Seguidamente, se realizó colonoscopia urgente, visualizándose una estenosis a 20-25 cm en probable relación con enfermedad diverticular o cirugía previa, al superar la estenosis se identifica una litiasis vesicular migrada (Figura 4). Con asa de polipectomía se fragmentó el cálculo en dos y se extrajo mediante cesta de Roth. Actualmente la paciente se mantiene ingresada en nuestro servicio con una evolución favorable.



Figura 1

Rx simple de abdomen con dilatación importante de todo el marco cólico.

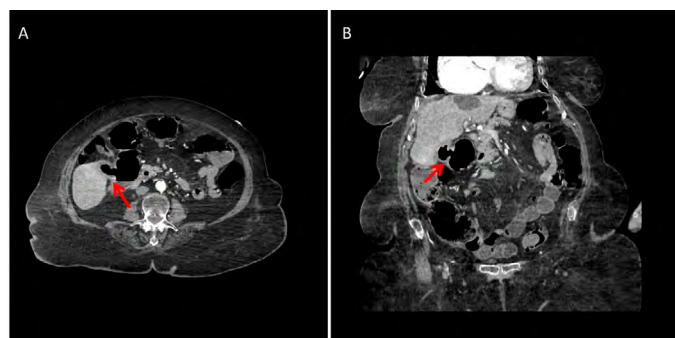


Figura 2

TC de abdomen con contraste, corte axial (A) y coronal (B) observándose fístula colecisto-colónica (flechas).

Discusión: El íleo biliar se debe a la migración de uno o varios cálculos a través de una fístula bilioentérica. Suele desarrollarse tras episodios de colecistitis aguda previa, aunque no necesariamente. Lo más frecuente es la instauración de una fístula colecisto-duodenal, siendo menos común una fístula colecisto-cólica, que permita el paso directo del cálculo a la luz del colon. El tamaño y la morfología del cálculo influyen en la presentación clínica, en general, para que tenga lugar una obstrucción intestinal han de ser cálculos mayores de 3 cm. La alteración de la motilidad intestinal o la disminución de la

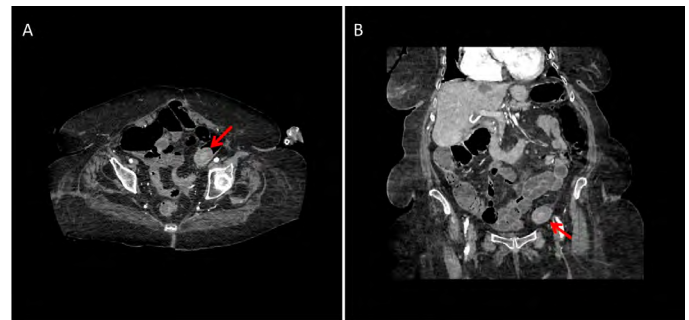


Figura 3

TC de abdomen con contraste, corte axial (A) y coronal (B), se observa litiasis biliar impactada en colon sigmoideas (flechas).

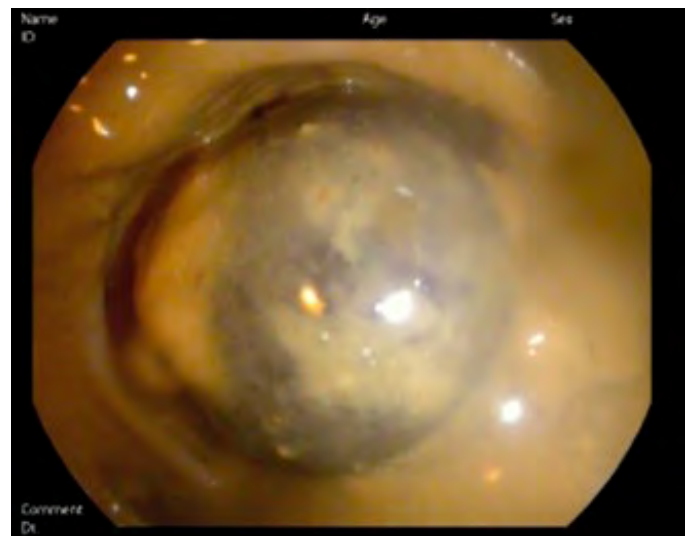


Figura 4

Vista endoscópica del cálculo biliar obstructivo en colon sigmoideas.

luz, por procesos inflamatorios o neoplásicos, conocidos o no, son circunstancias concomitantes que favorecen la aparición del cuadro obstructivo.

La endoscopia juega un papel fundamental en pacientes seniles con gran comorbilidad, y la litotricia, en centros con disponibilidad y experiencia puede resultar útil.

Cuando esto falla o el estado de los pacientes es grave, hay que recurrir a la cirugía para extracción urgente del cálculo a través de una colotomía, dejando el tratamiento de la fístula colecisto-cólica para un tiempo posterior.

CP126. LA ANATOMÍA PÉLVICA COMO CONDICIONANTE EN LA CIRUGÍA RECTAL

E Muñoz CaracueL¹, R Escalera Perez², S Martin Arroyo¹, S Mac Mathuna¹, J Gavilan Parra¹, E Gutierrez Cafranga¹, JD Franco Osorio¹, JL Esteban Ramos¹, F Garcia Molina¹

¹Unidad Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera. ²Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: La cirugía rectal con escisión total del mesorrecto supone un reto técnico para el cirujano. Tanto con el abordaje mínimamente invasivo como el convencional debido a las características anatómicas de zona pélvica entre otras. Se añaden además otros factores como la obesidad, tamaño tumoral, neoadyuvancia previa, etc. Pretendemos ver la relación entre ciertas medidas pélvicas del estudio radiológico y las dificultades técnicas y tasas de conversión quirúrgica. Ello nos podría ayudar en la planificación del abordaje quirúrgico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de forma programada de cáncer rectal con intención curativa por vía laparoscópica. Los datos se han extraído de nuestra base de datos, Hospital Universitario de Jerez del año 2019 (enero-diciembre).

Hemos estudiado la relación existente entre las características anatomomorfológicas (longitud y profundidad sacra, distancia interespinosa e intertuberosa y longitud tumoral) así como otros factores independientes como son IMC, sexo y edad. Los parámetros se han obtenido por resonancia magnética nuclear (RMN).

Resultados: Un total 24 pacientes fueron sometidos a cirugía de cáncer de recto por vía laparoscópica. La mediana de edad fue de 69 años, en su mayoría del sexo masculino (78,2%); mediana de IMC 27,5.

La tasa de conversión fue del 12,5% (N=3), siendo todos ellos del sexo masculino.

En los tres pacientes que se convirtieron, destacamos en el primero un tamaño tumoral alto, en el segundo una longitud sacra elevada y en el tercero no hemos objetivado datos relevantes referentes todos ellos a los valores "cutoff" arrojados por la bibliografía (tamaño tumoral >4-5cm; longitud sacra >11,5 cm; distancia intertuberosa <9cm; profundidad sacra <3cm).

Conclusiones: El estudio detallado de los parámetros antropométricos objetivados por RMN pueden ayudar a planificar la cirugía y estimar el grado de dificultad para el abordaje de dichas neoplasias.

Siendo una serie pequeña únicamente en dos de los tres paciente se ha encontrado en cada uno de ellos una de las variables estudiadas que indicaban dificultad técnica (tamaño tumoral y longitud sacra). El resto de parámetros se encuentra dentro de los factores favorables.

No debemos olvidar que la cirugía mínimamente invasiva de la escisión total o parcial del mesorrecto requiere una curva de aprendizaje elevada que podría sesgar la tasa de conversión.

Este estudio nos animará a continuar el registro y análisis de los datos forma prospectiva para ampliar la muestra.

CP127. LAVADO PERITONEAL LAPAROSCÓPICO EN DIVERTICULITIS AGUDA COMPLICADA: NUESTRA EXPERIENCIA

JJ Trujillo Díaz, M Ruiz Soriano, C Jezieniecki Fernández, T Gómez Sanz, B de Andrés Asenjo, C Infante López, C Vázquez Fernández, H Núñez del Barrio, J Herreros Rodríguez, J Beltrán de Heredia Rentería

Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

Introducción: Exponer y comparar nuestra experiencia y resultados con el lavado peritoneal laparoscópico (LPL) frente al procedimiento de Hartmann (HP) y resección y anastomosis primaria (RAP) en pacientes con diverticulitis aguda complicada (DAC).

Material y métodos: Estudio analítico retrospectivo en el cual analizamos pacientes diagnosticados con DAC durante el periodo Enero-2016 y Diciembre 2018. Variables: demográficas, estancia hospitalaria, tipo de cirugía realizada, complicaciones postoperatorias (globales, infecciosas, graves o Clavien-Dindo \geq III y reintervenciones quirúrgicas) y mortalidad.

Resultados: Un total de 80 pacientes con DAC fueron analizados (hombres: 53,8%, edad: 65,4 \pm 14,3 años). Grupo cirugía urgente: 36 pacientes; hombres: 61,1%, edad: 60,5 (RIQ: 52-73,5 años), >70años: 33,3%. Estancia hospitalaria: 7 días (RIQ: 6-9 días), Clasificación modificada de Hinchey (mHinchey): Ib: 33,3%, II: 36,1%, III: 22,2% and IV: 8,3%.

mHinchey grupo LPL: Ib: 41,7%, II: 25% and III: 33,3%. Estancia hospitalaria: 8 días (RIQ: 7-14,75 días). Mortalidad: 0%. Clasificación ASA: I: 25%, II: 61,1%, III: 13,9%. Estancia hospitalaria grupo LPL vs. no LPL (11,8 \pm 10,8 días vs. 12,1 \pm 8,3 días; p>0,05).

Cirugías realizadas: HP: 21 (58,3%), RAP: 3(8,3%) y LPL: 12(33,3%). Abordaje laparoscópico: 38,9%. Complicaciones postoperatorias: globales (53,1%), infecciosas (24,5%), CD \geq III (16,3%). El 6,1% del total de pacientes necesitaron ser reintervenidos.

En el grupo LPL las complicaciones postoperatorias fueron: globales (63,9%), infecciosas (33,3%), CD \geq III (19,5%) y reintervenciones quirúrgicas (16,7%).

Al comparar la incidencia de complicaciones entre el grupo LPL vs. no LPL se obtuvieron los siguientes resultados: complicaciones globales (58,3% vs. 66,7% p=0>0,05), CD \geq 3 (16,7% vs. 20,8% p>0,05), infecciosas (25% vs. 37,5% p>0,05) y reintervenciones quirúrgicas (25% vs. 12,5% p>0,05).

Conclusiones: En nuestro medio el lavado peritoneal laparoscópico en pacientes con diverticulitis aguda complicada no se relaciona con una mayor tasa de complicaciones postoperatorias, aunque la incidencia de reintervenciones quirúrgicas fue mayor estas no presentaron diferencias estadísticamente significativas.

CP128. LINFOMA PLASMABLÁSTICO PERIANAL EN PACIENTE NO VIH

C Monje Salazar, JL Cuba Castro, JM Cabrera Bermon, R Luna Díaz

Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: El linfoma plasmablástico es una variedad agresiva de linfoma difuso de células grandes B. Se trata de una entidad poco frecuente, cuya localización habitual es en cavidad oral, y que suele afectar a pacientes VIH positivos. No obstante, puede presentarse en otras localizaciones, así como manifestarse en pacientes no VIH, siendo esto muy infrecuente.

Caso clínico: Se trata de un varón de 67 años, con antecedente de cardiopatía isquémica e hipertensión, intervenido de fístula perianal multirrecidivante, con colocación de setón en octubre de 2019 con resultado insatisfactorio. Se interviene nuevamente en junio 2020, donde se identifica nuevo trayecto fistuloso, interesfinteriano y paralelo al ya tutorizado, con mismo orificio fistuloso interno. Se decide, ante la complejidad de la fístula, colocación de nuevo setón y desbridamiento de cavidad abscesificada.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, con buena cicatrización de la herida. Sin embargo, en el estudio anatomopatológico resulta un linfoma plasmablástico con expresión de CD138, ausencia de CD20 y Ki67 del 95%. En las intervenciones previas (hasta 3 cirugías recogidas en su historia desde 2002), el resultado anatomopatológico había sido siempre de trayecto fistuloso, sin más consideraciones.

Con estos hallazgos, el paciente es derivado a Oncología para completar estudio mediante serología que resulta negativa para VIH y virus hepatotropos, TC, PET que evidencia captación patológica de adenopatías ilíacas derechas y biopsia de médula ósea, que es normal.

Discusión: Inicialmente se consideraba la localización oral como la única de esta entidad; sin embargo, se han descrito casos con afectación gástrica, pulmonar, cutánea y de médula ósea.

En la revisión sistemática de Isfahani et al, se reportan menos de 50 casos de linfoma plasmablástico de localización extraoral en paciente VIH positivo, de los cuales solo 7 afectaban a canal anal, manifestándose mediante sangrado y tumoración. Otros 3 casos han sido reportados en pacientes inmunocompetentes, de los cuales 2 se presentaron como fístula perianal y el tercero como enfermedad inflamatoria.

El pronóstico de esta enfermedad es malo, muy marcado por el retraso en el diagnóstico, con una media de supervivencia de 9 meses, y el 90% de mortalidad a los 2 años. Resulta fundamental el diagnóstico precoz, apoyado en el estudio inmunofenotípico en el que se objetiva expresión de CD38 y CD138, y ausencia de CD20 y CD40, con Ki67 elevados.

El tratamiento principal de estos pacientes es quimioterápico. En el caso de nuestro paciente inició terapia tipo CHOP, aunque por el momento persiste progresión de la enfermedad.

CP129. MANEJO DEL TUMOR DE GIST DE LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

C Franco Peñuelas, A Cano Matías, B Marengo De la Cuadra, JA López Ruiz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son poco frecuentes, pero debido a las mejoras en técnicas diagnósticas y el mayor conocimiento anatomopatológico de la entidad se está consiguiendo un mayor diagnóstico. A pesar de ello los GIST de localización extraluminal siguen siendo poco detectados y suelen presentar una clínica poco específica, según su tamaño, localización y si existe ulceración de la mucosa donde asientan.

Caso clínico: Paciente varón de 54 años, acude a consultas de Digestivo por melenas y dolor en hipogastrio derecho irradiado a espalda de meses de evolución. Se realiza analítica y endoscopia alta y baja que son normales. Durante la realización de una ecografía abdominal se aprecia una masa sólida abdominal polilobulada de 10x6 cm en región infraumbilical derecha y en TAC se objetiva masa polilobulada alrededor de los vasos mesentéricos en fosa ilíaca derecha englobándolos y desplazándolos. El resultado del PAAF fue de lesión mesenquimal fusocelular compatible con tumor GIST. Se decide exploración laparoscópica que confirma la presencia de una gran tumoración mamelonada dependiente de yeyuno de unos 12 cm por lo que se realiza resección intestinal y anastomosis laterolateral yeyunoyeyunal.

El resultado de la anatomía patológica confirma que se trata de tumor GIST fusocelular grupo 3a de la clasificación AFIP correspondiente a un grupo de riesgo intermedio, con bajo índice de mitosis y bordes de resección libres de tumor. El paciente cursa con buen postoperatorio sin incidencias y es dado de alta 5 días después. Actualmente en seguimiento por oncología y en tratamiento con Imatinib.

Discusión: Los GIST de localización en yeyuno son infrecuentes por lo que su inclusión en el diagnóstico diferencial es más complejo. En nuestro paciente la clínica de sangrado digestivo oscuro dificultó y prolongó más su diagnóstico. La cirugía reglada ha demostrado ser un tratamiento óptimo para esta clase de tumores y la laparoscopia ha ayudado a la rápida recuperación de la paciente con un buen resultado.

CP130 MORTALIDAD DE CÁNCER DE COLON DERECHO VS IZQUIERDO DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

I Mirón Fernández, S Mera Velasco, I González Poveda, M Ruiz López, J Carrasco Campos, JA Toval Mata, M Pérez Reyes, J Santoyo Santoyo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: El cáncer de colon representa la segunda causa de muerte por neoplasia en España. Se han observado diferencias según su localización. Objetivo: Analizar si existen diferencias en la supervivencia entre el cáncer de colon derecho (CCD) y el de localización izquierda (CCI).

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, Enero-2010 a Diciembre-2017. Dos cortes de control a los 6 y a los 12 meses. Criterios de inclusión: colectomías programadas, 15 cm por encima del margen anal, mayores de edad y cirugía R0. Se excluyeron cirugías urgentes, cánceres sincrónicos o metacrónicos, recidivas y cirugías R1 o R2. Las variables se categorizaron por edad, sexo, IMC (índice de masa corporal), comorbilidades, cirugías previas, histología, ganglios aislados, supervivencia y mortalidad. El análisis estadístico mediante SPSS 22.0 consideró diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Resultados: 398 pacientes con emparejamiento CCD/CCI 1:1. La edad y las comorbilidades se asociaron con CCD ($p < 0,001$). El 6,8% de los éxitos ocurrieron en los primeros 6 meses de la intervención. A los 12 meses fallecieron el 14,6%. La supervivencia global fue de $93,35 \pm 1,24$ meses. Los pacientes con CCI presentaron una media de supervivencia 7 meses superior ($p = 0,028$). No hubo diferencias significativas en cuanto a localización atendiendo a la causa de éxitos (neoplásica o no neoplásica). En los primeros estadios se puede observar que la mayoría de los éxitos son para los pacientes con CCD (estadio I $p = 0,021$, estadio II $p = 0,014$). En los últimos estadios el reparto de los éxitos no evidencia una desigualdad entre localizaciones (estadio III $p = 0,683$, estadio IV $p = 0,898$).

Conclusiones: Se evidencia que CCD y CCI son significativamente diferentes en cuanto a supervivencia. Los pacientes con CCD tienen peor pronóstico, también en estadios precoces de la enfermedad. El hallazgo de estas diferencias podría implicar cambios en el tratamiento y en el seguimiento de estos pacientes.

CP131. MUCOSECTOMÍA CIRCULAR EN PROLAPSO RECTAL PARCIAL

L Navarro-Morales, I Ramallo-Solís, ML Reyes-Díaz, J Pintor-Tortolero, S Martínez-Núñez, G Noelia, F de la Portilla-De Juan

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen Macarena - Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: El prolapso rectal (PR) se clasifica en dos tipos:

Tipo I, también llamado, parcial (PRP), o prolapso de la mucosa (PRM), implica la protrusión de la mucosa solamente y por lo general es menor de 2 cm de largo. Produce pliegues radiales en el cruce con la piel. Y el tipo II, también conocido como prolapso completo, que implica la extrusión de grosor completo de la pared rectal y se caracteriza por pliegues concéntricos en la mucosa prolapsada. Las intervenciones para su resolución incluyen restricciones mecánicas, inyecciones submucosas de soluciones esclerosantes, y múltiples intervenciones quirúrgicas posibles, sin un estándar de oro

clínicamente probado.

La mucosectomía circular y plicatura muscular es fundamentalmente una técnica indicada en casos de PR parcial (PRP) o mucoso (PRM). Su uso está justificado en pacientes añosos y/o con alta morbilidad operatoria, aunque también existe un número de pacientes jóvenes los cuales no quieren asumir el mínimo riesgo de alteraciones de la continencia o alteraciones sexuales, como es nuestro caso.

Se trata de una paciente de 47 años con larga historia de incontinencia fecal (wexner 13) con presencia de PRM, secundario a parto distócico.

Caso clínico: El video que a continuación presentamos es una técnica perineal relativamente sencilla y con mínima morbilidad, que se realiza bajo anestesia general. Se colocan sedas 5-0 de forma circunferencial en la mucosa a 1 centímetro de la línea pectínea. Evertimos la mucosa de manera que simulamos el prolapso.

Identificamos como referencia la línea dentada realizamos la mucosectomía circular aproximadamente a unos 10mm distalmente a la misma. Posteriormente plicamos la capa muscular con sutura reabsorbible. Seccionamos la mucosa restante y finalizamos con la sutura a puntos sueltos, que proporciona la anastomosis coloanal.

La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 3 días sin complicaciones durante su evolución postoperatoria, con dolor bien controlado al alta. Durante el seguimiento en consultas externas, no informó recurrencia del PR.

Discusión: Actualmente existen muchas técnicas disponibles para el PR. La mucosectomía circular con plicatura muscular, se asocia con una marcada mejoría en la continencia anal, bajas tasas de recaída, corta estancia hospitalaria, alimentación enteral precoz, y poco o nada de dolor postoperatorio. El inconveniente en el manejo del PR son la disparidad de procedimientos, el bajo número de pacientes incluidos, el corto seguimiento y la calidad de los estudios que suelen ser prospectivos, de forma que aún se requiere mayor evidencia para determinar la mejor técnica.

CP132. PAPEL DE LA ANASTOMOSIS TIPO KONO-S EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

N García-Fernández, A García-León, ML Reyes-Díaz, I Ramallo-Solís, FJ Padillo-Ruiz, F de la Portilla de Juan

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La evolución de la enfermedad de Crohn puede conllevar la necesidad de intervención quirúrgica hasta en un 80% de los pacientes por ineficacia del tratamiento médico, aparición de complicaciones o degeneración neoplásica.

La tasa de recurrencia postoperatoria es muy alta, siendo de hasta el 90% a nivel endoscópico y del 38% de los pacientes a nivel

clínico al año de la cirugía. Las tasas de reintervención aumentan progresivamente en el tiempo alcanzado hasta un 50% a los 20 años de la primera cirugía.

Existen múltiples factores de riesgo relacionados con la aparición de recurrencia de la enfermedad tras cirugía, no estando totalmente aclarados. Se ha postulado que la configuración de la anastomosis intestinal pudiera ser un potencial factor de riesgo para dicha recurrencia, sin que se haya podido demostrar.

Kono diseñó y publicó en 2011 una nueva anastomosis manual termino-terminal antimesentérica en un intento de minimizar las reestenosis secundarias a recurrencias de estos pacientes (anastomosis Kono-S).

Material y métodos: Se ha realizado una revisión de una serie de casos de pacientes intervenidos por enfermedad de Crohn y a los que se ha realizado anastomosis de Kono-S, según técnica de Kono.

Resultados: Se han intervenido un total de 6 pacientes con enfermedad de Crohn con una edad media de 35,5 años y un 83% de mujeres tratadas.

Se realizó estudio preoperatorio mediante entero-RM en todos los casos y TC abdominal en 4 casos con hallazgos de afectación ileal con estenosis en los 6 pacientes, afectación colónica en 2 pacientes y fístulas en 2 pacientes.

Los 6 pacientes fueron intervenidos por vía laparoscópica y se realizó en 4 casos una resección ileocecal y en 2 casos una hemicolectomía derecha. En todos los casos se realizó anastomosis de tipo Kono.

En todos los pacientes se realizó colonoscopia precoz al año de la intervención quirúrgica. Ningún paciente con anastomosis tipo Kono presentó recurrencia clínica ni quirúrgica de la enfermedad a los 2 años de seguimiento. Todos los pacientes presentaban recurrencia leve de la enfermedad en la endoscopia con score de Rutgeerts <i>i</i>2.

En la **Figura 1**, se muestran las características demográficas, técnica quirúrgica, complicaciones y resultados analizados en el seguimiento los pacientes.

PACIENTES	TOTAL (n=6)	PACIENTES	TOTAL (n=6)
EDAD (media)	35,53	TÉCNICA QUIRÚRGICA	
SEXO (F/M)	1/5	HEMICOLECTOMÍA DERECHA + RESECCIÓN ILEAL	3/3
ANTECEDENTE DE ENFERMEDADES INMUNOMEDIADAS	3/3	ILEOCECTOMÍA + RESECCIÓN ILEAL	3/3
TIEMPO DE EVOLUCIÓN (media)	10,11	ANASTOMOSIS KONO	6/6
PATRÓN		VÍA DE ABORDAJE (abierta/laparoscópica)	0/6
PERFORANTE FISTULIZANTE	3	COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS	
ESTENOSANTE	3	ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS	1/6
LOCALIZACIÓN		ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LA PIEZA QUIRÚRGICA	
ILEON	4	PATRÓN (FISTULIZANTE/ESTENOSANTE)	3/3
ILEO-CÓLICA	2	ACTIVIDAD INFLAMATORIA	5/6
RESECCIONES INTESTINALES PREVIAS	0/6	AFECTACIÓN DE MARGENES DE RESECCIÓN	1/6
TRATAMIENTO		AFECTACIÓN DE CIEGO	1/6
CORTICOIDES	6/6	HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS POSTQUIRÚRGICOS	
5-ASA/IMUNAS + METOTREXATE	3/6	ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS	1/6
PRUEBAS DE BASES PREQUIRÚRGICAS		RECURRENCIA DE LA ENFERMEDAD	5/6
ENTERO-RM	6/6	ANATOMÍA PATOLÓGICA DE BIOPSIAS ENDOSCÓPICAS	
TAC	4/6	ILEITIS EROSIVA POR ENFERMEDAD DE CROHN	6/6
AFECTACIÓN DE INTESTINO DELGADO	6/6	ILEITIS PREANASTOMOTICA INESPECIFICA	1/6
AFECTACIÓN COLÓN	2/6		
ESTENOSIS	6/6		
FÍSTULA	2/6		
ABSCESO	2/6		

Figura 1

Rx simple de abdomen con dilatación importante de todo el marco cólico.

Conclusiones: La anastomosis de Kono parece ser una técnica segura y factible de realizar, con resultados preliminares que sugieren una baja tasa de recurrencias quirúrgicas a largo plazo, por lo que puede llegar a constituir una alternativa válida para el tratamiento quirúrgico de los pacientes con Crohn.

CP133. QUISTE EPIDERMÓIDE RETRORECTAL EN UNA MUJER ADULTA: A PORPÓSITO DE UN CASO

A García Víco, J Cañete Gómez, A Chivite Moreno, Al Gómez Sotelo, A Navas Cuéllar, FJ Jiménez Vega

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: El espacio presacro o retrorectal es un espacio virtual donde es poco frecuente la aparición de neoplasias primitivas. Su frecuencia estimada es de 1/45 mil pacientes, con claro predominio del sexo femenino.

Las lesiones quísticas presacras se dividen en dos tipos: teratomas y quistes del desarrollo, siendo estos últimos más frecuentes. Los quistes del desarrollo son lesiones congénitas que se producen por una anomalía en el desarrollo de las estructuras embrionarias de la zona perineal.

Caso clínico: Mujer de 44 años sin antecedentes de interés estudiada por proctalgiya de 8 meses de evolución. A la exploración tumoración en región presacra, móvil sin orificios fistulosos ni signos inflamatorios. Se realiza resonancia pélvica observándose una lesión quística en región presacra junto con trayecto fistuloso desde la lesión hacia la región glútea izquierda (Fig 1 y 2). Ante la sospecha de un hamartoma quístico retrorectal se plantea el caso en comité y se decide resección tumoral.

En posición de navaja, accediendo mediante incisión de Kraske, se identifica lesión de unos 6cm de diámetro. Se realiza exéresis respetando el complejo esfinteriano y elevador del ano.

La histología definitiva fue de quiste epidermoide, por lo que la paciente no requirió tratamiento adicional.

Discusión: Los quistes del desarrollo son tumoraciones quísticas en el espacio presacro que en función de los criterios histológicos pueden ser dermoide, epidermoide, enteroides y mixtos. Son de crecimiento lento y se manifiestan de forma tardía a pesar de ser lesiones congénitas. Son más frecuentes en el sexo femenino, especialmente durante el embarazo.

La mayoría de los pacientes presentan escasa sintomatología, siendo el dolor el síntoma más frecuente.

El diagnóstico se realiza mediante TC. La rectoscopia es necesaria para descartar la implicación de la pared rectal. La RM es el método diagnóstico más específico aunque el diagnóstico de certeza sólo puede ser realizado por examen anatomopatológico de la pieza. La



Figura 1

Imagen de RM, corte sagital.



Figura 2

Imagen de RM, corte coronal.

CP134. RECURRENCIA POSTOPERATORIA DE LA FISTULA INTESTINAL EN FENOTIPO PENETRANTE DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

M Ortega Castán¹, EA Buendía Peña¹, LC Hinojosa Arco¹, G Alcaín Martínez², M García Cortés², R de Luna Díaz¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Servicio Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La recurrencia postquirúrgica (RPQ) es uno de los principales condicionantes de la evolución clínica de los pacientes intervenidos de enfermedad de Crohn (EC). Entre los factores relacionados con la misma encontramos el fenotipo penetrante o fistulizante de la Clasificación de Montreal. El objetivo de este estudio es valorar si el riesgo de RPQ en los pacientes con fenotipo penetrante o fistulizante varía según el tipo de fistula intestinal

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en el que analizamos la incidencia de RPQ en pacientes intervenidos de EC ileocecal entre 2007 y 2012, con un seguimiento mínimo de 5 años. Sólo se incluyeron casos con fenotipo penetrante (B3). Los pacientes fueron divididos en dos grupos según el tipo de fistula: aquellos con fistulas entre asas de intestino delgado y los que presentaron fistulas que comunicaban con otros órganos. Se definió la RPQ por la reaparición de síntomas junto con la evidencia de enfermedad en el segmento circundante a la anastomosis previa en pruebas de imagen o colonoscopia.

Resultados: La incidencia de RPQ en los pacientes de la muestra fue del 66,7%, encontrándose diferencias estadísticamente significativas según el tipo de fistula: 30,8% en pacientes con fistulas entre asas de intestino delgado frente a 100% en fistulas a otros órganos ($p=0,001$). Se adjunta curva de supervivencia en la que se compara el tiempo libre de enfermedad desde la intervención según el tipo de fistula (**Figura 1**). Al realizar análisis comparativo según el test de Log-Rank se aprecia mayor tiempo libre del RPQ en los pacientes con fistulas entre asas intestinales de forma estadísticamente significativa.

El resto de parámetros de la Clasificación de Montreal, como la edad al diagnóstico (A), la extensión de la enfermedad (L) y la presencia de enfermedad perianal (p) no mostraron diferencias significativas. El tabaquismo y el tratamiento profiláctico de recurrencia después de la intervención tampoco mostraron resultados con significación estadística.

Conclusiones: Aunque se trata de un estudio retrospectivo y con un número pequeño de pacientes, los hallazgos indican que pueden existir diferencias en cuanto a la evolución clínica de la enfermedad en pacientes con fenotipo penetrante según el tipo de fistula. Este hecho puede ser útil para plantear investigaciones futuras con el objetivo de seleccionar pacientes que se puedan beneficiar de un tratamiento profiláctico más agresivo.

biopsia preparatoria esta contraindicada por el elevado riesgo de infección, diseminación tumoral y formación de fistulas.

Salvo contraindicación médica, todos los tumores presacos deben extirparse, incluso los asintomáticos, debido a su riesgo de infección o a su posible degeneración maligna.

Las vías de abordaje descritas para tumores presacos son la vía abdominal, posterior o transacra y combinada. La selección de una de ellas depende del tamaño del quiste, su localización y su relación con estructuras vecinas. La vía más utilizada en la literatura es la posterior de Kraske, situando al paciente en posición de navaja y utilizando una incisión parasacroccógea.

Edad Diagnóstico	RPQ
A1 (<16 años)	66'7%
A2 (16-40 años)	61'9%
A3 (>40 años)	100%
Valor p	0'424
Extensión	RPQ
L1 (intestino delgado)	63'2%
L3(intestino delgado y colon)	75%
Valor p	0'551
Fenotipo	RPQ
B3-interasas	30'8%
B3-otros órganos	100%
Valor p	0'001
Perianal	RPQ
No	64'7%
Sí	70%
Valor p	0'778

Figura 1

CP135. RELACIÓN DE CORTICOIDES Y ANTITNF PREOPERATORIO EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

A Fierro Aguilar, V Camacho Marente, T Gómez Sanchez, A Valverde Martínez, MJ Jimenez Vaquero, JM Pacheco García

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: Conocer la tasa de complicaciones postoperatorias en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal sometidos a tratamiento con corticoides y/o antiTNF.

Material y métodos: Se realiza un estudio de cohortes retrospectivo donde se incluyen 30 pacientes con EI que precisaron intervención quirúrgica, llevándose a cabo un estudio descriptivo inicial incluyendo el tratamiento preoperatorio de cada paciente (corticoides o terapia antiTNF, y el fármaco específico). Posteriormente se analizaron las complicaciones postoperatorias, entre las que se incluyeron la dehiscencia de anastomosis, número de colecciones postoperatorias, sepsis por catéter, eventración, infección de sitio quirúrgico, necesidad de reintervención, punción o UCI/URP, complicaciones médicas y exitus.

Resultados: El 56,6% fueron mujeres y el 43,4% varones, con una edad media de 38,5 años. La media de IMC fue de 22,7 kg/m², de los cuales 21 (70%) fueron tratados con terapia corticoidea y 12 (40%) tratados con antiTNF. De estos últimos, 8 recibieron terapia con infliximab, 1 con ustekinumab, 2 con adalimumab y 1 con vedolimumab. Tras el análisis, 13 de los pacientes (43,3%) presentaron complicaciones, siendo la más frecuente de ellas la infección del sitio quirúrgico (23% de los pacientes) seguida por la dehiscencia de anastomosis (20%). Cinco pacientes (16,6%) precisaron reintervención posterior, mientras que 3 de ellos (10%) necesitaron reingreso en los 90 días siguientes al alta. El uso de antiTNF se relaciona con la aparición de colecciones

postoperatorias y sepsis por cateter de forma estadísticamente significativa (X² 14'615, p 0'006 y X² 9'784, p 0'044, respectivamente). De los 4 pacientes que presentaron colecciones postquirúrgicas, dos no estaban con tratamiento biológico previo (11%) y los otros 2 pacientes (16%) estaban en tratamiento con adalimumab. Por otro lado, de los 3 pacientes que presentaron bacteriemia secundaria a catéter, uno estaba en tratamiento con infliximab, otro de ellos con vedolimumab y el último no recibió tratamiento biológico previo. No se encontraron otras diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: El uso de la terapia corticoidea preoperatoria en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal se relaciona con complicaciones postoperatorias, como la infección del sitio quirúrgico. Por otro lado, aunque el uso de antiTNF se ha asociado a ventajas como retraso de la intervención quirúrgica y tratamientos quirúrgicos menos agresivos, la asociación de estos fármacos con las complicaciones postoperatorias está por definir. El uso de terapias antiTNF se relaciona con un aumento de las complicaciones postoperatorias en la serie presentada, mostrando la aparición de colecciones postoperatorias y la sepsis por catéter una relación independiente. Sin embargo, es mandatoria la realización de estudios de mayor impacto y un aumento del tamaño muestral para confirmar estos resultados.

CP136. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA FISURA ANAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

E Antonaya Rubia, R Molina Barea, CM Ruíz Marín, AJ Ramiro Sánchez, JM Capitán Vallvey

Departamento Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén

Introducción: La fisura anal constituye un motivo frecuente de consulta, considerándose la Esfinterotomía Lateral Interna (ELI) como el Gold Standard con una tasa de curación mayor al 90% y bajo índice de complicaciones, siendo la más temida la incontinencia. En este estudio evaluaremos los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de la fisura anal, comparándolo con los descritos en las guías clínicas a nivel nacional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que evalúa pacientes intervenidos entre el 1 de Junio de 2018 y el 30 de Junio de 2019 en el Hospital Universitario de Jaén. Se han recogido datos epidemiológicos, tipo de intervención realizada, régimen de ingreso, proporción de curación, recurrencia y complicaciones infecciosas así como el tipo de facultativo que lo realiza. Se ha realizado una estadística descriptiva.

Resultados: Se han evaluado 40 pacientes en total, 57,5% fueron mujeres y 42,5% hombres, con una edad media global de 51,7 años. En el 67,5% de los casos se realizó una ELI, con un éxito del 48,1% (control de sintomatología sin recurrencia). Un 37% de pacientes no han continuado con el seguimiento en consulta. Hemos registrado 2 casos de incontinencia, 2 abscesos postquirúrgicos y una fístula. La aplicación de Toxina Botulínica se realizó en un 32,5% de los casos, con un éxito del 46,15%. Sin embargo, también en un 46,15% los pacientes no mejoraron con el tratamiento por lo que requirieron

la realización de ELI en los siguientes 12 meses. El número de complicaciones infecciosas y de incontinencias descritas fue de 0. De los 40 casos revisados, un 72,5% de los pacientes sobre los que se realizó un tratamiento quirúrgico de la fisura anal pudieron ser dados de alta en el mismo día. Si analizamos los datos en función del tipo de cirujano que realiza la técnica encontramos que en el caso de la realice un FEA de la Unidad Colon, que constituye un 37,5% de los casos, lo más frecuente es la inyección de toxina botulínica (53,3%) frente a la realización de ELI (46,6%).

Conclusiones: Nuestra tasa de éxito es inferior a la descrita en las guías de referencia, debido en parte a la pérdida de pacientes durante el seguimiento (en nuestro caso fue del 32,5%). En ninguno de estos pacientes se ha notificado la necesidad de asistencia sanitaria posterior por síntomas propios de fisura. Encontramos un alto porcentaje de inyección de toxina botulínica (32,5%), ya que consideramos que puede constituir un escalón intermedio para aquellos pacientes en los que el tratamiento médico e higiénico-dietético ha fracasado y antes de someterlos a un procedimiento quirúrgico mayor como la ELI, que asocia mayor comorbilidad

CP137. REVISIÓN DE CIRUGÍA COLORRECTAL DURANTE PANDEMIA POR COVID-19 EN NUESTRO CENTRO

S Roldán Ortiz, C Peña Barturen, MC Bazán Hinojo, MÁ Mayo Ossorio, E Sancho Maraver, JM Pacheco García

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: Revisar de forma retrospectiva todas las intervenciones de cirugía colorrectal realizadas durante el inicio de pandemia por SARS-COV-2 en nuestro Hospital.

Material y métodos: Se recogen datos de forma retrospectiva entre 1 de marzo y 16 de junio de 2020, tiempo durante el cual nuestro centro, Hospital de tercer nivel, se encontraba hasta el 15 de marzo en fase I y posteriormente en fase II del estado de alarma. Se intervinieron 32 pacientes en este periodo de forma programada, 12 mujeres y 20 varones. El 93,75 % fue cirugía oncológica y un 6,25% cirugía benigna. El rango de edad osciló entre 32 a 81 años, con una media de edad de 64,3 años. Siempre se realizó cuestionario de síntomas epidemiológicos en relación con COVID-19 al ingreso y en 22 pacientes se realizó test de PCR de SARS-COV-2 resultando en 100% negativa. Un 15,62% de los pacientes en postoperatorio presentaron clínica sugestiva de infección por SARS-COV-2, realizándose PCR y resultando negativa en todos los casos.

La cirugía realizada fue resección anterior baja en 15 pacientes, 8 hemicolectomías derechas, 6 sigmoidectomías, 1 colectomía segmentaria, 1 resección ileocecal y 1 reconstrucción de tránsito intestinal. La vía de abordaje laparotómica se utilizó en 68,75% y la vía laparoscópica en 31,25% restante, existiendo una conversión. Las complicaciones recogidas son 4 ISQ, 3 seromas, un íleo paralítico, 4 neumonías y 3 dehiscencia de sutura que precisaron reintervención.

Resultados: Observamos una disminución del volumen de cirugías colorrectales realizadas durante este período y mayor atención

a sintomatología en relación a SARS-COV-2. No se han observado reingresos ni complicaciones en relación a infección por SARS-COV-2 en nuestros pacientes.

Conclusiones: La cirugía colorrectal programada ha sido de las más afectadas en época COVID-19, ya que es de las más prevalentes en nuestro país, generando retraso de las intervenciones. En el caso de la patología colorrectal oncológica, ha sido preciso establecer unos protocolos para ayudarnos en la toma de decisiones sobre cuándo y qué paciente es imprescindible operar en estos momentos de pandemia en los que se suma el riesgo de infección por COVID19.

La pandemia también ha generado controversia en cuanto a realizar las intervenciones programadas por laparoscopia o abiertas. Aunque todavía no hay evidencia firme, varios estudios afirman que existe más exposición al virus por vía abierta que por laparoscopia. Se han creado protocolos en los que se establece el uso de un solo trocar de extracción con filtro para así no expandir el aerosol. En nuestro Hospital se ha utilizado este método en todos los pacientes que entraban a quirófano aunque fuesen COVID negativos.

CP138. SÍNDROME DE CIEGO MÓVIL: CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

JJ Pereira Grillo, M Maes Carballo, IM Muñoz Nuñez, M Martín Díaz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril

Introducción: El ciego móvil es una posición anómala del colon derecho, ciego e íleon terminal, debido a una falla de la embriogénesis, ocasionando una hiperlaxitud del mesenterio al no fusionarse adecuadamente al peritoneo parietal posterior, lo cual resulta en un ciego hiperdescendente o pélvico que puede rotar libremente. Diversos estudios anatómicos y radiológicos sugieren una incidencia del 11 al 18%. Ésta condición es asintomática en la mayoría de los casos, sin embargo, puede manifestarse clínicamente como un síndrome crónico con distensión y dolor abdominal recurrente o como obstrucción intestinal aguda por vólvulo cecal. A continuación describimos un caso diagnosticado y tratado en nuestro hospital.

Caso clínico: Mujer de 23 años sin antecedentes médico-quirúrgicos, refiere desde hace 4 años dolor tipo cólico en fosa ilíaca derecha, recurrente, que desde hace 1 año ha aumentado de intensidad y frecuencia a casi diario, asociando diarrea de 3-4 deposiciones, náuseas y vómitos, que mejora con cambios posturales, valorada en urgencias en múltiples ocasiones, descartándose proceso infeccioso o abdomen agudo. Es valorada por un equipo multidisciplinar, realizando analíticas, pruebas de imagen y endoscopias con toma de biopsias, evidenciando como único hallazgo el ciego de localización pélvica (**Figura 1 y 2**).

Finalmente se decide intervención quirúrgica, realizándose laparoscopia exploradora, evidenciando ciego y colon derecho redundante y móvil, de localización pélvica, sin adherencias ni otras alteraciones. Se realiza ileo-cecectomía con anastomosis ileocólica



Figura 1

TAC de Abdomen con Contraste donde se evidencia ciego de localización pélvica.



Figura 2

Enema opaco que evidencia ciego móvil y pélvico.

laterolateral extracorpórea a través de incisión de McBurney (Figura 3), sin incidencias. No hay complicaciones en el postoperatorio y es dada de alta, se realizan varias revisiones y tras 9 meses de la intervención la paciente no ha presentado nueva recurrencia del dolor abdominal.



Figura 3

Ciego e íleon terminal previo a resección y anastomosis laterolateral.

Discusión: El ciego móvil es bastante común, pero rara vez es sintomático, por lo que requiere alta sospecha clínica y un diagnóstico de exclusión. El TAC de abdomen y pelvis es la técnica de imagen diagnóstica de elección. La cirugía por vía laparoscópica es el tratamiento de elección para evitar recurrencias y prevenir complicaciones como el vólvulo de ciego, pudiendo realizarse cecopexia con apendicectomía o ileo-cecectomía, hasta ahora no hay estudios que demuestren superioridad de una técnica u otra, sin embargo la cecopexia es una intervención menos agresiva y con menor índice de complicaciones.

CP139. TAILGUT CYST (HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORRECTAL): DIAGNÓSTICO, ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE DICHA ENTIDAD MEDIANTE ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO.

IM Muñoz Núñez, B Cantarero Jiménez, I Plata Pérez, JJ Pereira Grillo

Servicio Cirugía General. Hospital Comarcal Santa Ana de Motril, Motril

Introducción: El hamartoma quístico (HQ) es una entidad con escasa prevalencia con pocos casos registrados en la literatura. Dichos hamartomas suelen ser asintomáticos y su tratamiento de elección es la exéresis completa. Al ser una entidad rara, hay que tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con proctalgia y tenesmo. Por ello, se realiza un análisis del diagnóstico y tratamiento de dicha entidad a partir de un caso clínico.

Caso clínico: Paciente de 54 años con antecedentes de obesidad, asma y cardiopatía isquémica. En Febrero 2019 consulta por proctalgiya, molestias perianales irradiadas a sacro, tenesmo rectal así como expulsión de contenido purulento por el ano. En RMN se evidencian dos colecciones líquidas pararectales de aprox 20mm así como fistula perianal interesfinteriana con signos de actividad inflamatoria. Se realiza fistulectomía de la misma, evidenciándose salida de material purulento con probable origen rectal alto. Tras la intervención, la RMN pelvis de control muestra lesión quística multiseptada retrorrectal de 47x25mm compatible con quiste "tailgut".

Se presenta el caso en sesión clínica y se decide realizar exéresis a través de la vía de Kraske, objetivándose dos lesiones quísticas retrorrectales de 33 y 25mm respectivamente con contenido mucinoso cuyo resultado de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de HQ. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con tránsito intestinal conservado sin tenesmo rectal ni urgencia defecatoria.

Discusión: El HQ es una entidad poco frecuente con pocos casos registrados en la literatura, siendo más frecuente en mujeres de edad media. Suelen ser asintomáticos y su tratamiento de elección es la exéresis completa. Las complicaciones más frecuentes son la infección y la degeneración maligna por lo que no se aconseja toma de biopsias por la posibilidad de diseminación tumoral local. En cuanto a su diagnóstico, la RMN pélvica muestra un quiste único o multiquístico con imágenes de alta intensidad en T2 y baja intensidad en T1. El abordaje quirúrgico preferido es la vía de Kraske por permitir una adecuada exposición de la zona y por tanto una adecuada exéresis.

El HQ es una entidad poco frecuente que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de colecciones retrorectales junto con teratoma sacrococcígeo, meningocele, leiomioma rectal, linfangioma quístico, etc. Debe sospecharse ante síntomas de tenesmo, disuria, polaquiuria, dolor pelviano y además síntomas fistula perianal crónica con expulsión de material purulento.

CP140. TÉCNICA DE ALTEMEIER: ALTERNATIVA PARA LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DEL PROLAPSO RECTAL COMPLETO EN PACIENTES DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO.

MH Mohamed Chairi, J Santoyo Villalba, I Segura Jiménez, P Notario Fernández, M Arteaga Ledesma, JT Torres Alcalá, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El prolapso rectal completo se define como la protrusión de todas las capas de la pared rectal y su exteriorización a través del ano. Sus causas continúan siendo poco claras, aunque se reconocen como factores de riesgo el género femenino, la multiparidad y la historia de estreñimiento crónico o de esfuerzo defecatorio importante. Se asocia con frecuencia a problemas de incontinencia anal (hasta el 70% de los casos).

Se han descrito múltiples procedimientos quirúrgicos para la corrección de esta patología, ya sea vía abdominal o vía perineal. Sin embargo, no existe un procedimiento de elección en lo que respecta a la tasa de recurrencia, la función intestinal y el riesgo quirúrgico.

A continuación, se presenta un caso de una paciente con prolapso rectal completo tratada vía perineal mediante técnica de Altemeier o rectosigmoidectomía perineal (RSP).

Caso clínico: Paciente de 77 años con antecedentes de hipertensión arterial y carcinoma epidermoide maxilar tratado con cirugía y radioterapia adyuvante, en remisión. Valorada en consultas de Cirugía por prolapso rectal y con estudio prequirúrgico completo. En la RNM se evidencia atrofia de la musculatura del elevador del ano, cistocele leve, prolapso genital moderado, síndrome de descenso del suelo pélvico en grado severo, invaginación rectal intraanal con prolapso rectal y enterocele en grado severo. Acude a Urgencias por prolapso rectal irreductible y doloroso de unos 10cm sin signos de isquemia de la mucosa (Figura 1).

Se interviene de forma urgente. Al tratarse de una paciente añosa y con se decide reparación del prolapso según técnica de Altemeier bajo anestesia raquídea. La cirugía transcurre sin incidencias (Figura 2 y 3).

Evoluciona de forma favorable siendo dada de alta de a los 3 días sin incidencias. Se realiza seguimiento ambulatorio sin evidencia de recidiva ni alteraciones del tránsito intestinal.



Figura 1 Prolapso rectal completo irreductible.

Discusión: La RSP fue descrita inicialmente por Miles y popularizada por Altemeier tras modificar la técnica con mejores resultados.

Mejora la continencia y el estreñimiento en la mayoría de los pacientes. Si bien se describen tasas mayores de recurrencia al compararla con las técnicas abdominales de resección y pexia, la ausencia de complicaciones mayores, como la dehiscencia de anastomosis y la peritonitis secundaria a este evento, hacen que sea



Figura 2

Reparación quirúrgica del prolapso según técnica de Altemeier.



Figura 3

Reparación quirúrgica del prolapso según técnica de Altemeier.

Por tanto, se trata de una alternativa de elección en pacientes ancianos con múltiples condiciones médicas adversas asociadas, como fue el caso de esta paciente.

CP141. TREITZ CON PÁNCREAS HETEROTÓPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A Alberca Páramo, L Pico Sánchez, JA Blanco Elena, MT Robles Quesada

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: El páncreas heterotópico (PH) se define como el tejido pancreático ubicado en la continuidad anatómica y vascular del páncreas ortotópico, con su propio canal y estructura vascular, aunque en localizaciones anormales.

Caso clínico: Varón de 50 años sin patologías previas, fumador de más de un paquete diario. Fue ingresado en Cirugía por diverticulitis aguda con sospecha en Tomografía Computarizada (TC) de neoplasia concomitante en región sigmoidea. Tras tratamiento conservador y mejoría de diverticulitis aguda se realizó colonoscopia programada, donde se objetivó tumoración en sigma distal que impedía el paso del endoscopio, con anatomía patológica de adenocarcinoma. Tras un estudio de extensión negativo se decidió realizar cirugía programada que se inició de forma laparoscópica, pero que ante la gran dimensión tumoral adherido a asas de intestino delgado y parietocólico izquierdo, decidimos reconvertir. Por ello se realizó sigmoidectomía y exéresis de segmentos de intestino delgado (zona yeyunal e ileal) con diversas anastomosis. En Treitz se objetivó un nódulo blanquecino, indurado dependiendo de la pared de yeyuno con aspecto de posible implante carcinomatoso, por lo que se realizó sección de dicha nodulación. El paciente evolucionó de forma favorable y fue dado de alta al 7º día postquirúrgico con tránsito positivo y tolerancia oral correcta. La anatomía patológica definitiva informó de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado sin ganglios afectos (T3N0) y con las secciones de intestino delgado adheridas al tumor, libres de neoplasia, la sección realizada en Treitz fue informada como páncreas heterotópico.

Discusión: El PH suele ser un fallo durante la fusión de los 2 páncreas primitivos. Normalmente se encuentra en tracto gastrointestinal superior (30% antro, 30% duodeno y 20% yeyuno) y más raro en divertículo de Meckel, conducto biliar y mediastino. Suelen presentarse como un nódulo o masa submucoso de menos de 3 centímetros.

Con síntomas de íleo, invaginación intestinal, melena... aunque normalmente permanecen asintomáticas. En nuestro caso se objetivó en Treitz, en contacto con la pared del yeyuno sin ocasionar síntomas pero con apariencia de implante carcinomatoso, por lo que se decidió exéresis del mismo.

En el TC aparecen como lobulaciones similares al páncreas. El diagnóstico diferencial se realizará con linfoma, tumor del estroma

una técnica relativamente segura en los pacientes mayores y de alto riesgo anestésico y quirúrgico.

gastrointestinal y leiomioma. Habitualmente se localizan de forma incidental.

La cirugía del PH es controvertida, cuando se objetiva durante la cirugía es difícil de asegurar que se trata de dicha entidad y parece que su resección preventiva es innecesaria. Cuando presentan un tamaño mayor de 1,5cm pueden presentar clínica (melena, íleo, obstrucción,..) y por tanto deberán ser extirpados

CP142. TROMBOSIS SEPTICA DE LA VENA MESENTÉRICA INFERIOR COMO COMPLICACION DE LA DIVERTICULITIS AGUDA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

MC Montes Osuna, MA Herrero Torres, M Arteaga Ledesma, J Triguero Cabrera, M Dominguez Bastante, J Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: La diverticulitis aguda es la complicación más frecuente de la enfermedad diverticular colónica. Consiste en la inflamación y perforación diverticular, que puede dar lugar desde cuadros contenidos con repercusión clínica moderada hasta graves casos de sepsis abdominal.

Presentamos un caso clínico de diverticulitis aguda complicada con embolia séptica a nivel mesentérico con abscesos hepáticos secundarios.

Caso clínico: Varón de 45 años con antecedentes de un episodio previo de diverticulitis aguda. Ingresó de forma urgente por cuadro de dolor abdominal focalizado en fosa iliaca izquierda y fiebre de una semana de evolución, con diagnóstico 5 días antes de diverticulitis aguda no complicada, instaurándose tratamiento antibiótico ambulatorio con amoxicilina-clavulánico, con mala evolución. Se realizó analítica sanguínea, que presentaba elevación de reactantes de fase aguda.

Se solicitó tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis con contraste, que informó de engrosamiento parietal de un amplio segmento de colon sigmoide, estenosante, con numerosos divertículos. Defecto de repleción lineal en vena mesentérica inferior cercana a la confluencia del eje esplenoportal, sugerente de trombosis de origen séptico. Lesiones hipodensas hepáticas confluentes en segmentos 2,3 y 4, compatibles con abscesos independientes o absceso único multiseptado con tamaño máximo de 8,5 x 6,5 cm.

Se instauró tratamiento antibiótico de amplio espectro y anticoagulación. El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta a los 10 días del ingreso, con mejoría radiológica de las lesiones hepáticas y resolución del trombo en pruebas de imagen de control.

Discusión: La tromboflebitis séptica de la vena mesentérica inferior es una complicación poco frecuente secundaria a procesos infecciosos intraabdominales, la más frecuente la diverticulitis aguda (19-30%), apendicitis aguda, colecistitis, pancreatitis y otras.

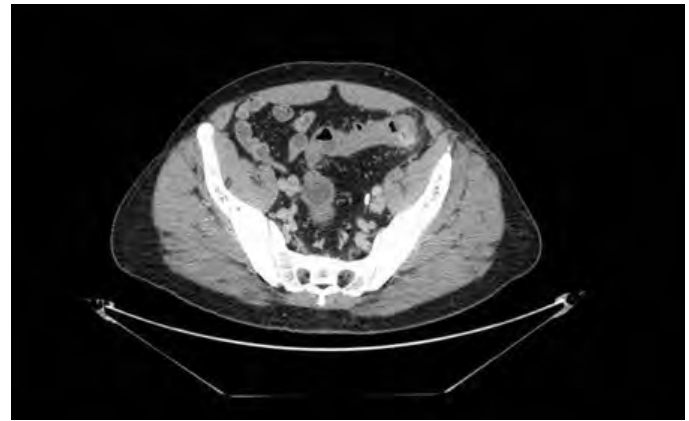


Figura 1

Imagen de TC de abdomen y pelvis con contraste donde se aprecia engrosamiento a nivel de colon sigmoide.

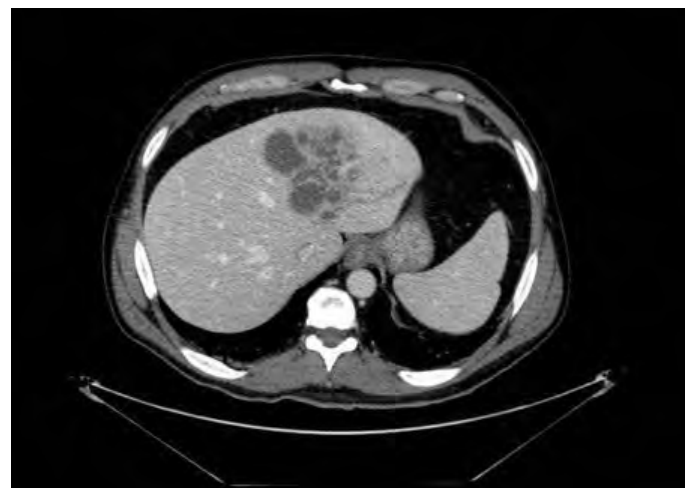


Figura 2

Imagen de TC de abdomen y pelvis con contraste donde se observa imagen compatible con abscesos hepáticos.

Se ha documentado mayor incidencia en varones, con edad media comprendida entre los 40 y los 65 años. Como factores predisponentes, se han descrito cirugías previas, tabaquismo, procesos neoplásicos, inmunosupresión, trastornos de la coagulación, consumo de alcohol y corticoterapia. El mejor método diagnóstico es el TC con contraste intravenoso.

Pueden aparecer complicaciones en un 20-50% de los casos, siendo los abscesos hepáticos los más frecuentes (37%).

Requiere un diagnóstico temprano para prevenir cuadros potencialmente mortales. El tratamiento más aceptado es la instauración precoz de antibioterapia intravenosa de amplio espectro, modificándola posteriormente en función de cultivos, y la resucitación con fluidos. El uso de la anticoagulación a dosis terapéuticas es más discutido, aunque la mayor parte de los trabajos hablan a favor de la misma. La cirugía se reserva para aquellos casos con mala evolución.

CP143. ¿EXISTE LA MIGRACIÓN INTRALUMINAL DE MALLAS SUPRAAPONEURÓTICAS?

I Mirón Fernández, M Ruiz López, S Mera Velasco, I González Poveda, J Carrasco Campos, JA Toval Mata, J Santoyo Santoyo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: La hernia paraestomal es complicación más frecuente tras la realización de un estoma quirúrgico de manera que se crea un saco herniario que permite la salida de contenido intraabdominal por el defecto. Los estudios han estimado una incidencia de hernia paraestomal del 30% para las ileostomías terminales, y del 50% para las colostomías, a los 10 años de su realización.

Su diagnóstico es clínico, mediante la exploración física con maniobras de Valsalva aunque se puede apoyar por pruebas de imagen complementarias como el TAC. Según una revisión sistemática publicada el 13% de los pacientes con colostomía terminal convencional necesitó cirugía para reparar su hernia paraestomal.

Presentamos el caso de una paciente que tuvo una complicación tras la colocación de una malla para resolver una hernia paraestomal.

Caso clínico: Mujer de 57 años intervenida de exanteración pélvica posterior (con amputación abdomino perineal y colostomía terminal en fosa ilíaca izquierda) secundaria a neoplasia vaginal. Intervenida dos años después hernia paraestomal con prolapso de la colostomía donde se coloca malla supraaponeurótica pericostomía. Acude 7 años después por cuadro de dificultad para la evacuación y dolor con la misma. Al tacto se palpa a unos 4 cm malla parcialmente expuesta en la luz del asa. Se solicita colonoscopia que evidencia la inclusión de la malla en la pared del asa (Imagen). Se decide intervención reubicando el estoma en fosa ilíaca derecha con malla profiláctica preaponeurótica y reparación de pared abdominal con prótesis supraaponeurótica.



Figura 1

Reparación quirúrgica del prolapso según técnica de Altmeier.

Discusión: Aunque infrecuente, la inclusión de mallas a través de un estoma debe ser tenida en cuenta como causa de estreñimiento, dolor crónico o incluso foco de infección local en pacientes con reparaciones de pared abdominal.

CP144. CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA ONCOLOGIA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19. NUESTRA EXPERIENCIA.

MA Mayo Ossorio, A Bengoechea Trujillo, JM Pacheco Garcia

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La pandemia de COVID-19 ha supuesto un importante problema de salud pública a nivel mundial. Los Hospitales y los servicios quirúrgicos han tenido que adaptarse a esta situación y modificar su funcionamiento, según los escenarios que se han ido planteando constantemente. El Objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en la patología esofágica durante la pandemia COVID 19

Caso clínico: Caso nº 1: Mujer de 57 años ECOG 0 con neoplasia escamosa de tercio medio de esófago T3N1M0 con disfagia severa y portadora de SNG tras neoadyuvancia esquema CROSS a las 8 semana de finalización. Se intervino en Fase I Hospitalaria (no ingresos COVID-19 en UCI), mediante esofagectomía mínimamente invasiva por tres vías en prono.

Caso nº 2: Mujer de 60 años ECOG 0 con neoplasia escamosa de tercio medio infracarinal T3N1M0 con disfagia tras esquema CROSS a las 6 semanas. La paciente se intervino en Fase II hospitalaria (Pacientes en UCI) por igual abordaje que en el caso anterior.

sin complicaciones postoperatorias y alta a los 10 días con estadiaje postoperatorio PToN1M0.

Caso nº3: Hombre de 71 años ECOG 1, exfumador, neumonitis por hipersensibilidad, con adenocarcinoma de antro gástrico con células en anillo de sello T3N0M0 estenosante con estómago de retención. Se realiza Gastrectomía subtotal (4/5) con pie de asa en Y de Roux antecólica con linfadenectomía D1plus mediante laparotomía tras neoadyuvancia con esquema FLOT.

Caso nº1: Sin complicaciones y estancia media de 7 días y estadiaje postoperatorio pT0N0M0.

Caso nº2: sin complicaciones postoperatorias y alta a los 10 días con estadiaje postoperatorio PToN1M0.

Caso nº3: con buena evolución sin complicaciones y estancia de 7 días con estadiaje PO T2N0M0

Discusión: La pandemia COVID-19 ha supuesto un cambio en la toma de decisiones de la patología esofagogastrica, sobre todo en la maligna que no está exenta de morbimortalidad, Para realizar intervenciones quirúrgicas en esta situación se deben tener en cuenta 3 factores: presencia de enfermedad COVID-19; Estado del paciente, Y situación o fase del centro Hospitalario. Las decisiones deben

ser tomadas en comités multidisciplinares y a los protocolos y los escenarios que son cambiantes en función de la evolución de la pandemia. En el caso de nuestra unidad hemos intervenido a estos pacientes por presentar complicaciones de sus patologías de base que no podían demorarse o tratarse por otros medios conservadores. Los tres no presentaban infección COVID-19 y el escenario hospitalario nos garantizaba los recursos para un manejo correcto.

CP145. COLGAJO FASCIOCUTÁNEO TUBULIZADO COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA TRAS UNA RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA FALLIDA

F Moreno Suero, A Senent Boza, F Socas Macías, I Alarcón del Agua, F Lopez Bernal, FJ Padillo Ruíz, S Morales Conde

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La tasa de estenosis tras reconstrucción esofágica con gastroplastia o coloplastia oscila entre un 4-59%. La dilatación endoscópica es la primera opción de tratamiento, dejando la cirugía como última alternativa cuando ésta fracasa. En aquellos pacientes en los que el estómago y ambos segmentos de colon ya se han empleado, las únicas opciones disponibles para la reconstrucción del tránsito son el empleo de colgajos libres fasciocutáneos o de yeyuno, siendo necesario en ambos casos asociar técnicas microvasculares para garantizar el flujo vascular a la plastia. Los primeros evitan la morbilidad de una anastomosis intestinal en abdomen, y proporcionan un pedículo vascular de mayor longitud y calibre. Describimos nuestra experiencia con los colgajos fasciocutáneos, para la reconstrucción del tránsito digestivo.

Material y métodos: Revisión de los 5 pacientes intervenidos entre 2007 y 2018, con reconstrucción esofágica diferida fallida tras esofagectomía por perforación o causticación esofágica, en todos fue necesario realizar un rescate quirúrgico mediante la interposición de un colgajo radial o anterolateral de muslo. Se evaluaron las indicaciones de esta técnica, la morbilidad y mortalidad, así como los resultados funcionales durante el seguimiento a corto y largo plazo.

Resultados: Las indicaciones de la técnica fueron estenosis de anastomosis entre el esófago y la gastro o coloplastia no dilatables vía endoscópica, y la desconexión de ambos cabos tras dehiscencia de sutura manejada de forma conservadora. Uno de los pacientes falleció en el postoperatorio inmediato como consecuencia de un distress respiratorio, con la plastia viable. Como complicación postoperatoria inmediata uno de los pacientes presentó una dehiscencia parcial de la anastomosis proximal, manejada de forma conservadora. En el postoperatorio tardío los otros dos pacientes presentaron estenosis en ambas anastomosis (proximal y distal), que precisaron dilataciones endoscópicas seriadas para su manejo. Tras una mediana de seguimiento de 78 meses, tres pacientes se nutrían exclusivamente por vía oral, y el otro por vía mixta (oral-enteral).

Conclusiones: Los colgajos fasciocutáneos son un buen recurso para la reconstrucción del tránsito digestivo en aquellos pacientes en los que las reconstrucciones esofágicas previas han fracasado.

La morbilidad postoperatoria es significativa pero los resultados funcionales son buenos.

CP146. EVOLUCIÓN FAVORABLE DE PACIENTE CON GESTACIÓN INADVERTIDA DURANTE CIRUGÍA BARIÁTRICA DE REVISIÓN DE GASTRECTOMIA VERTICAL

MA Mayo Ossorio, A Bengoechera Trujillo, D Perez Gomar, JM Pacheco García

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La gastrectomía vertical es la técnica más empleada para el tratamiento de la obesidad, no obstante la regencia ponderal y la ERGE son las causas principales de cirugía de revisión. La prevención de embarazos se aconseja antes de la cirugía bariátrica y mucho más en el caso de cirugía de revisión. Presentamos el caso de una paciente sometida a cirugía de revisión por ERGE a los 4 años de Gastrectomía vertical presentando un embarazo inadvertido durante la misma.

Caso clínico: Paciente intervenida 4 años antes mediante Gastrectomía vertical con adecuada pérdida ponderal, que acude a la revisión de los 4 años refiriendo vómitos y sintomatología de ERGE. Se realiza: EDA, Manometría, Phmetría y EGD que confirman la presencia de ERGE con esofagitis grado A de los Angeles, Se decide realizar cirugía bariátrica de revisión y se propone bypass gástrico. Se realiza abordaje laparoscópico con 5 trocares. No se identifican alteraciones en la gastrectomía que presenta forma adecuada y no se aprecian torsiones ni adherencias a hígado ni pared abdominal. Realizamos bypass gástrico estándar sin incidencias y es dada de alta al 30 día Postoperatorio. Revisión al mes de la cirugía, no ha perdido peso, y nos comunica que está embarazada de 17 semanas. La paciente evoluciona favorablemente y llega a término dando a luz una niña de 3.800kg sana por parto vaginal.

Discusión: La cirugía bariátrica revisional, es un campo complejo en la cirugía bariátrica incluso en manos expertas y no está exenta de complicaciones. En nuestro caso la causa de la cirugía revisional fue la ERGE a los 4 años de una Gastrectomía vertical, y la técnica de elección es el Bypass gástrico. Por otro lado la cirugía en mujeres en edad fértil, ya sea primaria o revisional debe de postponerse hasta que la paciente haya cumplido su deseo genésico. En el caso de nuestra paciente la cirugía se postpuso un año porque la paciente deseaba un segundo embarazo y al no producirse decidió la cirugía. La paciente no sospechó la gestación, por lo que la cirugía se realizó estando ya embarazada sin conocerlo. A pesar de ello no presentó complicaciones y el desarrollo de la gestación fue favorable sin presentar problemas. No obstante en todas las mujeres en edad fértil que planean someterse a una cirugía bariátrica, se debe evitar el embarazo utilizando un método anticonceptivo confiable mucho antes de la cirugía.

CP147. FUNDOPLICATURA DE NISSEN Y RESECCIÓN DE TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL EN CARA POSTERIOR DE CUERPO GÁSTRICO MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO.

I Palomo López, J Triguero Cabrera, M Mogollón González, B Espadas Padial, MJ Álvarez Martín, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan menos del 3% de los tumores digestivos. La localización más frecuente es el estómago y el tratamiento curativo es la cirugía. Por otro lado, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es muy prevalente, reservando la indicación quirúrgica para los casos resistentes a tratamiento médico o con complicaciones. Presentamos el caso de un paciente con ERGE grave y diagnóstico casual de GIST gástrico a raíz de un episodio de impactación alimenticia sobre un anillo péptico.

Caso clínico: Varón de 50 años con ERGE que acudió a urgencias por impactación alimenticia realizándose endoscopia digestiva alta (EDA) con hallazgo de anillo péptico estenótico. Se realizó extracción del resto alimenticio y dilatación con balón neumático. Posteriormente, completó el estudio mediante nueva EDA con visualización de anillo péptico no estenótico con signos graves de esofagitis y evidenciándose lesión subepitelial de 4 cm en cara posterior de cuerpo gástrico sugerente de GIST (**Figura 1**). La pHmetría confirmó un reflujo ácido patológico grave con manometría normal. En el tránsito esofagogástrico con bario se visualizó una pequeña hernia de hiato axial y el TAC confirmó la presencia del probable GIST (**Figura 2**).

El paciente se intervino mediante abordaje laparoscópico realizándose cardioplastia simple, funduplicatura tipo Nissen y resección en cuña de la tumoración gástrica. La entrada a la transcavidad se realizó a través de la línea de sección de los vasos cortos, localizando la tumoración en cara posterior cerca de curvatura mayor gástrica. La resección en cuña se realizó con endograpadora. La cantidad de fundus y cuerpo preservado permitieron realizar una funduplicatura de Nissen sin tensión. La pieza quirúrgica se extrajo en bolsa a través de una mini-incisión suprabilical. El paciente fue dado de alta al 2º día postoperatorio. El examen histopatológico confirmó la existencia de un tumor GIST de 4 cm de diámetro, con bordes quirúrgicos libres y bajo riesgo de metástasis: índice de mitosis <50 x50 campos de gran aumento y Ki67 <5%

Discusión: El abordaje laparoscópico es el “gold standard” en la cirugía del ERGE y está ampliamente aceptado para la resección de los GIST gástricos, siendo el tamaño su principal limitación. La resección en cuña es oncológicamente suficiente.

En nuestro caso, la resección tumoral con márgenes permitió preservar suficiente cuerpo y fundus para realizar una funduplicatura de localización correcta y sin tensión (principal dificultad en este caso). De lo contrario, hubiera obligado a realizar un bypass gástrico como técnica antirreflujo.



Figura 1

Visualización de lesión subepitelial sugerente de GIST en cara posterior de cuerpo gástrico.



Figura 2

Tumoración en cara posterior de cuerpo gástrico de 37 x 36mm sugerente de GIST.

CP148. GRAPADO DE BALÓN DE FOUCHETTE COMO COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

R Soler Humanes, JL Fernández Serrano, S Mansilla Díaz, L Ocaña Wilhelmi

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Cada vez son más pacientes los que se someten a una intervención de cirugía bariátrica. La mayoría de las series, describen una baja tasa de mortalidad en este tipo de cirugías. Las complicaciones intraoperatorias fundamentales son las derivadas del sangrado o de la sección-grapado gástrico. Es esencial el estudio de las complicaciones intraoperatorias con el fin de conocer su incidencia y su mecanismo de producción, con el fin de poder acercarnos al mejor modo de resolución así como de prevención.

Caso clínico: Para la realización de la gastrectomía vertical laparoscópica se utiliza una sonda de Fouchette como tutor, cuyo balón inflado sirve para calibrar el tamaño del antro gástrico. Tras medición del mismo, es deshinchado el balón y se procede a la realización de la gastrectomía.

Se presenta el caso de una paciente de 35 años intervenida de gastrectomía vertical y a la que una vez concluido el grapado/sección gástrica no era posible la retirada completa de la sonda de Fouchette, pese a que previo a cada grapado se movilizó dicha sonda, sin aparente dificultad. Se intentó liberar la misma vía laparoscópica mediante una pequeña gastrotomía (**Figuras 1 y 2**), pero finalmente dada la dificultad técnica se procedió a realizar una laparotomía de asistencia a nivel supraumbilical para la liberación del mismo. La paciente no tuvo ninguna complicación postoperatoria y fue dada de alta a las 48 horas.

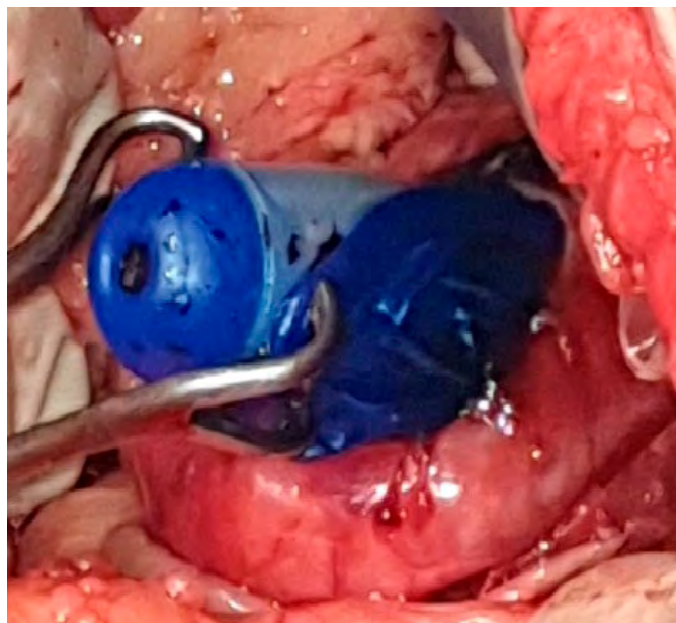


Figura 1 Apertura gástrica para extracción de sonda.

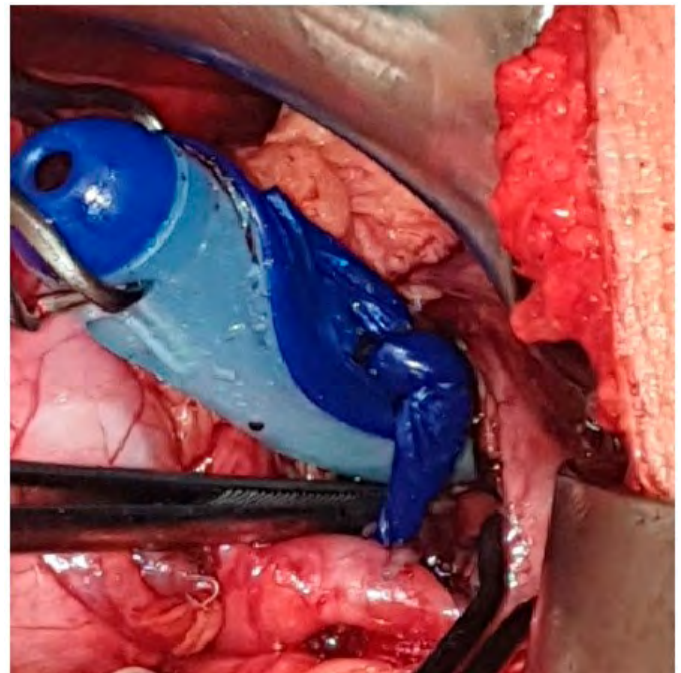


Figura 2 Se observa balón de sonda grapado en línea de sección gástrica.

Discusión: La cirugía bariátrica no está exenta de complicaciones. El grapado de la sonda nasogástrica durante el bypass gástrico o de la sonda de fouchette durante la gastrectomía vertical son poco frecuentes pero hay que tenerlos presentes.

Existen signos intraoperatorios que pueden alertar al cirujano sobre los eventos adversos relacionados con la sonda nasogástrica o de Fouchette como son: fallo de la endograpadora, deformidad del tejido en la línea de grapas, necesidad de realizar excesiva fuerza para cerrar/disparar la endograpadora, sangrado excesivo de la línea de grapas, imposibilidad de retirar la sonda nasogástrica al finalizar el grapado o la anastomosis.

CP149. IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

Á de Laguno de Luna¹, I Cacace², R Díaz Acedo², A Obispo Entrenas¹, N Gándara Adán¹, J Avilés Osinaga²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospital Costa del Sol, Marbella. ²Servicio Farmacia. Complejo Hospital Costa del Sol, Marbella

Introducción: La desnutrición y la pérdida de peso es un problema frecuente en los pacientes oncológicos, afectando al pronóstico y prolongando la estancia hospitalaria. Numerosos estudios confirman el impacto negativo de la desnutrición, o la falta de soporte nutricional en las complicaciones postquirúrgicas, potencialmente prevenibles con intervenciones específicas

EL objetivo de nuestro estudio fue evaluar la efectividad de la suplementación peri-operatoria en los pacientes con cáncer esófago-gástrico programados para cirugía mayor digestiva, sobre la morbimortalidad postoperatoria (P.O.)

Material y métodos: Se recogieron variables epidemiológicas y clínico-nutricionales y quirúrgicas, se evaluaron las complicaciones a los 30 y 60 días P.O. según Clavien-Dindo y se clasificaron en infecciosas y no infecciosas (mayores y menores) según criterios definidos por Bozzeti F (Clinical Nutrition 2007;26(6):698-709) y tiempo de estancia hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes con edad media de 66±10 años (67% hombres).

La mayoría de los pacientes incluidos (28%) tuvieron un índice de Charlson de 6 puntos. La **tabla 1** muestra las características clínico-quirúrgicas

El 44% de los pacientes fueron tratados con QT-RT neoadyuvante durante los meses previos. El 72% de los casos se intervinieron mediante laparotomía con un tiempo operatorio medio de 2,7±1,2

La mayoría de los pacientes (72%) sufrieron pérdida de peso al diagnóstico. En el 35% de los casos fue ≥5%. La mitad de los pacientes incluidos presentó algún grado de desnutrición, siendo severa en el 17% de los casos. Todos los pacientes recibieron suplementación nutricional personalizada con fórmula-inmunomoduladora

La **tabla 2** muestra los cambios en las variables nutricionales y bioquímicas tras la inmunonutrición

A los 30 días P.O. se registraron complicaciones en 7 pacientes (39%) y a los 60 días en solo 5 (28%). La complicación infecciosa más frecuente fue la infección del tracto urinario (12%) y de las no infecciosas solo se registró una TVP en 1 paciente y dehiscencia de la anastomosis en otro caso. La frecuencia de complicaciones y la estancia hospitalaria no tuvo diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes desnutridos vs. normonutridos

Conclusiones: En nuestro grupo de estudio, los pacientes con deterioro nutricional no sufren mayor tasa de complicaciones ni permanecen más tiempo hospitalizados comparados con los normonutridos. Esto puede estar relacionado con la intervención nutricional peri-operatoria que podría haber igualado la evolución de los pacientes, independientemente de su estado nutricional.

Variables clínico-quirúrgicas	Valores
Comorbilidades	
- HTA	56%
- DM	22%
- DLPM	17%
Localización de la Neoplasia	
- 1/3 esofágico	22%
- Cardias	11%
- Antro	17%
- Cuerpo	50%
Estadio	
- IA	22%
- IIA	22%
- IIIA	14%
- IIB	14%
- IIB	14%
- IV	14%
Riesgo ASA	
- I	6%
- II	66%
- III	28%
Tipo de intervención quirúrgica	
- Esofagüectomía	28%
- Gatrectomía total	22%
- Gastrectomía subtotal	22%
- Antrectomía	6%
- Resección atípica	22%

Tabla 1

Características clínicas y quirúrgicas de los pacientes oncológicos sometidos a cirugía mayor digestiva

Variables	Valores basales	Valores tras la intervención quirúrgica	Significación estadística
Peso (kg)	73±9,7	75±8,3	NS
IMC (Kg/m ²)	21±5,5	22±6,2	NS
Masa magra (kg)	17,5±15	19,1±8	NS
Masa grasa (kg)	37±2,6	38±4,3	NS
Albúmina (g/dL)	3,5±0,4	3,1±0,8	NS
Prealbúmina (mg/dL)	24,6±5,7	25,2±6,9	NS
Transferrina (mg/dL)	279,3±47,4	235,6±87,8	NS
PCR (g/dL)	7,5±7,7	12,9±19,6	NS
Recuento de linfocitos (N/mm ²)	1690±854	1820±756	NS
CD4	544,5±156,1	911,4±211,3	NS

NS: no significativa

Tabla 2

Cambios en las características nutricionales y bioquímicas de los pacientes oncológicos sometidos a cirugía mayor digestiva tras inmunonutrición.

CP150. LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL GIGANTE: ¿ABORDAJE QUIRÚRGICO DE ENTRADA?

M Arteaga Ledesma, J Triguero Cabrera, M Mogollón González, C Acosta Gallardo, MH Mohamed Chairi, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: El liposarcoma es un tumor maligno de crecimiento lento y expansivo. Aunque poco común, es considerado el tumor retroperitoneal más frecuente.

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de liposarcoma retroperitoneal gigante tratado mediante resección multivisceral, tras recibir quimioterapia neoadyuvante con escasa respuesta.

Caso clínico: Varón de 49 años que consultó por síndrome constitucional y molestias en hemiabdomen izquierdo de 4 meses de evolución. Se realizó tomografía computarizada (TC) que objetivó una gran masa retroperitoneal que ocupaba todo el hemiabdomen y parte de hemipelvis izquierda de 36x25x17 cm, con infiltración de riñón izquierdo, glándula suprarrenal izquierda, cuerpo y cola de páncreas, bazo, compatible con liposarcoma desdiferenciado. Se realizó punción con aguja gruesa (PAAF), con diagnóstico anatomopatológico de liposarcoma desdiferenciado de alto grado.

En comité multidisciplinar se consideró un tumor de dudosa resecabilidad, planteándose quimioterapia neoadyuvante (Ifosfamida-Epirubicina).

Tras tres ciclos, se realizó reevaluación mediante TC, evidenciándose escasa respuesta tumoral. Tras replantear el caso, y dada la edad del paciente, se decidió intervención quirúrgica.

Se abordó a través de una laparotomía media xifopubiana, ampliada mediante incisión transversa en flanco izquierdo, con hallazgo de gran tumoración de unos 30x40 cm, íntimamente adherida a vena cava inferior y aorta, con invasión de parte del hemidiafragma izquierdo, bazo, cola pancreática y mesosigma. Se realizó exéresis en bloque de la masa, iniciando su abordaje por el lado derecho tras maniobra de Catell y Kocher para exposición y control de los grandes vasos. Tras realizar una disección cuidadosa de dicha zona, se procedió a la resección parcial del diafragma izquierdo, esplenectomía, pancreatocistomía distal, suprarrenalectomía izquierda, nefrectomía izquierda, y sigmoidectomía. La cirugía fue R0.

En el TC de control a los 6 meses, no se observaron hallazgos sugerentes de recidiva.

Discusión: El liposarcoma retroperitoneal es un tumor con alta capacidad infiltrativa y, aunque con escasa tendencia a producir metástasis a distancia, presenta una alta tasa de recidiva local, especialmente si no es resecado completamente. Por ello, la cirugía radical es esencial para el control local de la enfermedad.

Si bien, en aquellos casos cuya cirugía implica una resección multivisceral, aún existe controversia sobre su manejo inicial, siendo necesario ser derivados a centros de referencia dotados de un comité multidisciplinar y un equipo quirúrgico con experiencia.

CP151. METÁSTASIS TARDÍA EN PARED ABDOMINAL DE GIST GÁSTRICO: UNA RARA PRESENTACIÓN A TENER EN CUENTA

J Trujillo Díaz, M Ruiz Soriano, C Jezieniecki Fernández, T Gómez Sanz, R Cabezudo San José, J Herreros Rodríguez, H Núñez del Barrio, P Legido Morán, J Gonzalez Perea, J Beltrán de Heredia Rentería

Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GISTs) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal con una incidencia anual de aprox. 10 casos por millón a nivel mundial. Su localización primaria más frecuente es el estómago (60%) seguido del intestino delgado (25%). Las metástasis de estas tumoraciones son raras, y de presentarse principalmente se suelen localizar en el hígado y la cavidad abdominal, y las localizaciones por fuera de la cavidad abdominal, como en la pared abdominal, son extremadamente raras (<1%) y suele representar enfermedad avanzada.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer de 78 años de edad, con antecedentes patológicos de HTA, asma e intervenida quirúrgicamente hace 10 años de tumoración gástrica compatible con GIST (gastrectomía parcial). Acude a la consulta

derivada por Oncología por presentar masa palpable en epigastrio e imagen en TC compatible con metástasis en pared abdominal.

En la exploración física destaca un bulto indurado, poco móvil, justo por debajo de reborde costal izquierdo cerca a zona de cicatriz y levemente doloroso a la palpación. En TC se visualiza tumoración en tejido celular subcutáneo inferior a apéndice xifoides, con centro hipodenso-necrótico, de 4x4,5cm que abomba fascia peritoneal sugestiva de lesión metastásica.

Ante los hallazgos se decide intervención quirúrgica en la cual se visualiza tumoración localizado a nivel epigástrico-subcostal izquierdo, por detrás de recto anterior que depende del músculo con aspecto cerebroide con contenido hemático y fungoide en su interior, se realiza exéresis completa de tumoración y tejido muscular con bordes libres de tumoración.

La paciente presenta una evolución postoperatoria satisfactoria, con buena tolerancia oral, herida quirúrgica con buen aspecto, afebril por lo que es dada de alta el día siguiente a la cirugía.

La anatomía patológica nos informa de tumoración de estirpe mesenquimal, con índice de proliferación Ki67:15%, compatibles con metástasis de GIST, con bordes sin evidencia de malignidad.

Discusión: Las metástasis de los tumores del estroma gastro-intestinal son raros, y su presentación en pared abdominal es aún más rara, con incidencias menores al 1%. Cuando aparecen el tiempo medio de aparición son aprox. 2 años, es muy rara su presentación tan tardía, como en el caso presentado que fueron 10 años después de la primera cirugía. El tratamiento gold estándar es siempre la cirugía en casos localizados, lo cual consigue tasas curativas de aprox. 60%.

CP152. QUISTE DE DUPLICACIÓN ESOFÁGICO EXTIRPADO MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO ASISTIDO CON ENDOSCOPIA INTRAOPERATORIA

MA Mayo Ossorio, A Bengoechea Trujillo, C Peña Barturen, JM Pacheco Garcia

UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: El quiste por duplicación esofágica es una anomalía congénita poco frecuente. La mayoría de los casos son asintomáticos y su diagnóstico se establece habitualmente de forma incidental. En los casos que ocasionan síntomas, el más frecuente es la disfagia (70%), seguida de molestias epigástricas (20%) y dolor retroesternal (10%). El absceso paraesofágico es poco frecuente, por lo que presentamos el caso de un abordaje abdominal laparoscópico para resolver quiste de duplicación esofágico complicado con en adulto joven.

Caso clínico: Paciente de 18 años. Remitido desde otro centro por presentar varios episodios de absceso paraesofágico inferior derecho secundario a posible quiste de duplicación esofágica con tratamiento conservador. EDA: no se identifican anomalías esofágicas. TAC abdominal: lesión compatible con quiste de duplicación esofágica con captación en anillo que comprime el tercio distal del esófago.

Ecoendoscopia: lesión quística vacía en pared esofágica distal con adenopatías de aspecto reactivo. EGD sin alteraciones. Ante la clínica de repetición se decide tratamiento quirúrgico. Abordaje laparoscópico con 5 trócares. Sección de pars flaccida de epiplon menor y disección del ángulo de hiso con sección de vasos cortos, para la disección del hiato esofágico identificando intensa fibrosis. Disección de esófago intratorácico hasta las venas pulmonares. Endoscopia intraoperatoria y sección lateral con endograpadora del engrosamiento del esófago distal tutorizado por la endoscopia apreciándose la integridad de la mucosa esofágica durante el grapado. Cierre de pilares y Sonda nasoyeyunal para alimentación precoz.

Resultados: Evolución favorablemente y al 3º día postoperatorio se realiza EGD apreciándose la integridad de la sutura y del esófago. Inicia alimentación oral progresiva y es dado de alta al 5º día po. Sigue asintomático hasta el momento actual. La AP: Tejido muscular esofágico con congestión vascular linfática

Discusión: El quiste por duplicación esofágica es una entidad poco frecuente (10-15%). Se presentan con mayor frecuencia en varones y se localizan principalmente en el margen derecho del esófago inferior. El tratamiento es quirúrgico. La infección puede producirse en forma de absceso paraesofágico. El tratamiento definitivo es quirúrgico por la posibilidad de degeneración. habitualmente mediante toracotomía posterolateral, pero existen algunos casos de abordaje mínimamente invasivo con buenos resultados. En el caso de nuestro paciente empleamos la endoscopia intraoperatoria para comprobar la integridad de la mucosa esofágica, con buenos resultados postoperatorios pero precisa seguimiento a más largo plazo mediante pruebas radiológicas y endoscópica ya que en algunos casos desarrollan seudodivertículos en el lugar de resección del quiste.

CP153. RELACIÓN ENTRE EL IMC, LA ECOGRAFÍA PREOPERATORIA Y LA ESTEATOSIS HEPÁTICA Y NASH MEDIDO MEDIANTE BIOPSIA HEPÁTICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 100 PACIENTES.

A Ortega Martínez, R Soler Humanes, LT Ocaña Wilhelmi, JL Fernández Serrano, R de Luna Díaz

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La obesidad es un factor de riesgo frecuentemente asociado a la Enfermedad por Hígado graso no alcohólico y se estima que en pacientes obesos la prevalencia puede llegar a alcanzar cifras de hasta el 90%.

Aunque el diagnóstico de Enfermedad por hígado graso de etiología no alcohólica se puede realizar con un conjunto de datos clínicos, de laboratorio o radiológicos, hasta ahora definir en qué parte del espectro (esteatosis simple o NASH) se encuentra un paciente sólo se puede realizar con una biopsia hepática.

El beneficio de la realización de biopsia puede tener implicaciones pronósticas, y si se demuestra fibrosis avanzada o cirrosis se puede considerar el cribado ecográfico para detectar hepatocarcinoma y el cribado endoscópico para descartar varices.

Material y métodos: A los pacientes que van a intervenir de cirugía bariátrica se les realiza un control ecográfico previo y durante la cirugía se les realiza una biopsia hepática, en la que se valora el grado de esteatosis así como de NASH.

Se analizan los primeros 100 pacientes a los que se les ha realizado dicha biopsia y se hace un estudio comparativo entre el índice de masa corporal, los hallazgos ecográficos y los resultados anatomopatológicos de la biopsia hepática.

Resultados: De los 100 pacientes intervenidos, un 97% presentaba un IMC >40, de ellos el 65% tenían una ecografía preoperatoria con datos de esteatosis hepática así como biopsia compatible con esteatosis aunque sólo el 51% tenían NASH en mayor o menor grado.

Sólo un 3% de los pacientes intervenidos tenía un IMC<40, de los cuales sólo uno tenía esteatosis descrita en la ecografía preoperatoria y los hallazgos de las biopsias hepáticas fueron de esteatosis del 5% en dos de ellos y ninguno de los 3 cumplían criterios de NASH:

En base a estos resultados, no parece existir una relación estadísticamente significativa entre el grado de NASH e IMC. Si bien, es cierto que los pacientes con IMC <40 tienen un hígado sano o con mínima esteatosis.

Conclusiones: Un 45% de pacientes intervenidos de obesidad tiene datos de NASH en la biopsia hepática. Todos ellos tienen un IMC >40. Sin embargo, no existe un aumento proporcional que relacione los incrementos de IMC con un mayor riesgo de NASH.

CP154. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE REVISIÓN DE LA OBESIDAD, CONVERSIÓN DE GASTRECTOMÍA VERTICAL A BYPASS GÁSTRICO

F Moreno Suero¹, I Alarcón del Agua¹, A Senent Boza¹, M Socas Macías¹, F López Bernal¹, FJ Padillo Ruíz¹, S Morales Conde²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla. ²Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: La cirugía de revisión tras una gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) supone un reto en la cirugía bariátrica, tanto por la indicación como por la técnica empleada. Presentamos una serie de 24 casos de conversión de GVL a Bypass Gástrico Laparoscópico (BGL), causas de conversión, resultados y morbilidad del proceso.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes intervenidos entre 2010 y 2020 de cirugía bariátrica, en los que se había realizado una GVL como técnica bariátrica primaria y posterior cirugía de revisión con BGL.

Resultados: Se identificaron 24 conversiones de GVL a BGL. La primera cirugía fue una GVL (asociada en 2 casos a una cirugía del hiato). En 6 pacientes se documentaba reflujo gastroesofágico (RGE) en el estudio esófago-gastro-duodenal prequirúrgico.

El motivo principal para la reintervención fue el RGE, presente en 19 de los pacientes (79.1%); 12 por RGE aislado, 6 asociado a reganancia y 1 asociado a torsión de la plastia. Otros motivos: reganancia aislada (3) y torsión de la manga gástrica (2, uno de ellos asociado a reganancia).

Se realizó un BGL en todos los pacientes. En 9 de ellos (37,5%) se evidenció una hernia de hiato intraoperatoria tratada con cierre de pilares. La mediana de estancia hospitalaria fue de 4 días.

Como complicaciones intraoperatorias existen dos conversiones a cirugía abierta (sangrado esplénico y dificultad técnica). Hubo una lesión de vía biliar en una colecistectomía asociada. En el postoperatorio se produjeron 2 fugas de la anastomosis gastro-yeyunal (8,33%), tratadas con endoprótesis

En 14 de 19 (73,68%) de los pacientes reintervenidos por RGE se resolvió la clínica tras el BGL. En 5 de ellos persistió la sintomatología, controlada con omeprazol en 3 (60% de los afectados).

Al año de seguimiento (20 casos), la media del porcentaje del exceso de IMC perdido (PEIMCP) es de 52,16%. En el subgrupo de los pacientes reintervenidos por reganancia de peso, la media de PEIMCP al año se sitúa en 39,5%.

Complicaciones durante el seguimiento: 3 estenosis de anastomosis gastro-yeyunal (12,5%) y 2 úlceras de boca anastomótica (8,33%).

Conclusiones: El BGL es una opción terapéutica para la revisión de la GVL siendo una técnica factible y con buenos resultados para el tratamiento del RGE sucedido tras la GVL y para la reganancia ponderal, aunque no está exenta de complicaciones y su morbilidad es mayor que la cirugía primaria del BGL para tratar la obesidad.

CP155. ¿ES SEGURO EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN LA CIRUGIA DEL GIST GÁSTRICO?

I Palomo López, M Mogollón González, J Triguero Cabrera, B Espadas Padial, MJ Álvarez Martín, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más comunes del tubo digestivo siendo el estómago la ubicación más frecuente y la de mejor pronóstico. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica con criterios estrictos: márgenes microscópicos libres de enfermedad y pseudocápsula intacta. Presentamos una serie de casos con diferentes técnicas quirúrgicas laparoscópicas para el abordaje de los GIST gástricos.

CASOS CLÍNICOS	DATOS DEMOGRÁFICOS	SINTOMATOLOGÍA	DIAGNÓSTICO	ABORDAJE QUIRÚRGICO	COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	RESULTADOS ANATOMOPATOLÓGICOS	RIESGO de MALIGNIDAD (Criterios Fletcher)
1	Varón. 77 años.	Hemorragia digestiva alta	EDA: lesión subcardial 5,3cm. PAAF: GIST PET-TC: estudio extensión negativo	Laparoscópico con control endoscópico. Resección transgástrica (sección transversal atípica)	Colección intraabdominal 5 cm; drenaje percutáneo y antibioterapia	Tamaño tumor: 11 x 8,5 x 7,5cm Índice mitótico: 8mitosis/50CGA Márgenes de resección libres	ALTO
2	Varón. 72 años. Neoplasia sincrónica en sigma.	Asintomático	ECO-EDA: lesión subcardial 5,5cm. PAAF: GIST PET-TC: estudio extensión negativo	Laparoscópico con control endoscópico. Resección transgástrica (sección con endograpador al sigmoidectomía).	-	Tamaño tumor: >5cm Índice mitótico: <5 mitosis/50CGA Márgenes de resección libres	INTERMEDIO
3	Varón. 48 años.	Melenas	ECO-EDA: lesión subcardial 5,3cm. PAAF: GIST PET-TC: estudio extensión negativo	Laparoscópico con control endoscópico. Resección transgástrica (sección transversal atípica)	-	Tamaño tumor: 6,3cm Índice mitótico: <5 mitosis/50CGA Márgenes de resección libres	INTERMEDIO
5	Varón. 60 años. ERGE grave.	Asintomático	EDA: lesión en curvatura mayor de >4cm. Hernia hiatal asociada. PET-TC: estudio extensión negativo	Laparoscópico Resección extragástrica (sección transversal atípica), cardioplastia y funduplicatura tipo Nissan	-	Tamaño tumor: 4cm Índice mitótico: <5 mitosis/50CGA Márgenes de resección libres	BAJO
6	Mujer. 71 años. Hernia hiatal.	Epigastralgia	ECO-EDA: lesión de 4cm en cara anterior de curvatura menor PAAF: GIST PET-TC: estudio extensión negativo	Laparoscópico Resección extragástrica (sección transversal atípica)	-	Tamaño tumor: 2,5cm Índice mitótico: <5 mitosis/50CGA Márgenes de resección libres	BAJO

Tabla 1

EDA: endoscopia digestiva alta; PAAF: punción y aspiración con aguja fina; TC: tomografía computarizada; PET-TC: tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada; CGA: campos de gran aume.

Discusión: El uso de la laparoscopia en el tratamiento de los GIST ha visto su expansión desde que Kimata la introdujo en el año 2000. En nuestra experiencia, la cirugía mínimamente invasiva de los GIST es una cirugía segura y fiable, independientemente del tipo de resección y localización, incluso en grandes tamaños tumorales.

CP156. ABSCESO HEPÁTICO Y DESARROLLO DE SEPSIS FULMINANTE

MD Picardo Gomendio¹, B Gonzalez Sierra¹, DA Diaz Candelas¹, C Benito Puncel², AA Medina Velasco¹, V Arteaga Peralta¹, R de la Plaza Llamas¹, JM Ramia Angel³

¹ Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ²Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ³Cirugía General y Digestiva. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante/Alacant

Introducción: En nuestro medio, los abscesos hepáticos (AH) tienen una baja incidencia y se relacionan con patología hepatobiliopancreática. Ante la presencia de gas, debe sospecharse Clostridium perfringens (CP), y prevenir el desarrollo de hemólisis intravascular (HI).

Caso clínico: Varón de 66 años, HTA, diabético e hidatosis hepática. Acude a Urgencias por vómitos de 12 horas de evolución. Exploración física sin hallazgos. En la analítica, leucocitosis con desviación izquierda, Lactato de 3.6mmol/L, Hb 8.6 mg/dL, bioquímica y coagulación no valorables por hemólisis. TC, AH con gas de 5 cm

de diámetro, subdiafragmático posterior, colangitis y colecistitis enfisematosa. Con diagnóstico de shock séptico de origen biliar se inicia antibioterapia empírica (Metronidazol+Clindamicina+Linezolid) e intervención quirúrgica, objetivándose hemoperitoneo de 1,5L y colecistitis gangrenosa. Se realiza colecistectomía y exploración hepática con drenaje del absceso. El paciente fallece a las horas por fallo multiorgánico (FMO). Postmórtem, en cultivo de bilis creció CP y Klebsiella pneumoniae. En la autopsia, se confirmó sepsis por CP de origen biliar con HI.

Discusión: Los AH piógenos pueden ser la primera manifestación de una patología maligna, empeorando el pronóstico de la misma. En su mayoría son polimicrobianos, siendo frecuentemente causados por K. pneumoniae o E. coli, y en menor medida por gram-positivos anaerobios. En un 7-24%, los gérmenes causantes son anaerobios formadores de gas, como CP.

La virulencia del CP depende de la producción de toxinas, de ellas la alfa-toxina con actividad fosfolipasa- C es capaz de inducir HI masiva. La identificación precoz del cuadro es difícil, por ello, ante el diagnóstico de sepsis con HI, debe sospecharse infección por CP.

El diagnóstico definitivo viene dado por el hemocultivo, aunque éstos solo son positivos en 2%. El tratamiento de AH asociado a CP es controvertido. Se recomienda la oxigenoterapia hiperbárica y antibiótico, así como un drenaje percutáneo o desbridamiento quirúrgico.

A pesar de ello, la HI secundaria a CP, ocurre en un 15% y es la complicación más grave; con una mortalidad del 70-100%, un tiempo medio del ingreso al fallecimiento de 9,7horas.

Ante la sospecha de AH por CP debe iniciarse tratamiento precoz. La HI asociada se correlaciona con una elevada mortalidad en horas.

CP157. ABSCESO HEPÁTICO Y DESARROLLO DE SEPSIS FULMINANTE

MD Picardo Gomendio¹, B Gonzalez Sierra², DA Diaz Candelas², C Benito Puncel³, AA Medina Velasco², V Arteaga Peralta², R de la Plaza Llamas², JM Ramia Angel⁴

¹Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

²Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

³Medicina Intensiva. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

⁴Cirugía General y Digestiva. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante/Alacant

Introducción: En nuestro medio, los abscesos hepáticos (AH) tienen una baja incidencia y se relacionan con patología hepatobiliopancreática. Ante la presencia de gas, debe sospecharse

Clostridium perfringens (CP), y prevenir el desarrollo de hemólisis intravascular (HI).

Nuestro objetivo es desarrollar 2 casos de HI asociada a AH por CP y la revisión de la literatura.

Discusión: Los AH piógenos pueden ser la primera manifestación de una patología maligna, empeorando el pronóstico de la misma.

En su mayoría son polimicrobianos, siendo frecuentemente causados por K. pneumoniae o E. coli, y en menor medida por gram-positivos anaerobios. En un 7-24%, los gérmenes causantes son anaerobios formadores de gas, como CP.

La virulencia del CP depende de la producción de toxinas, de ellas la alfa-toxina con actividad fosfolipasa- C es capaz de inducir HI masiva.

La identificación precoz del cuadro es difícil, por ello, ante el diagnóstico de sepsis con HI, debe sospecharse infección por CP.

El diagnóstico definitivo viene dado por el hemocultivo, aunque éstos solo son positivos en 2%.

El tratamiento de AH asociado a CP es controvertido. Se recomienda la oxigenoterapia hiperbárica y antibiótico, así como un drenaje percutáneo o desbridamiento quirúrgico.

A pesar de ello, la HI secundaria a CP, ocurre en un 15% y es la complicación más grave; con una mortalidad del 70-100%, un tiempo medio del ingreso al fallecimiento de 9,7horas.

Ante la sospecha de AH por CP debe iniciarse tratamiento precoz. La HI asociada se correlaciona con una elevada mortalidad en horas.

CP158. ADENOCARCINOMA DUODENAL QUE ORIGINA MEGAESTÓMAGO PÉLVICO

A García Reyes, M López-Cantarero García-Cervantes, JA Bellido Luque, I Sanchez-Matamoros Martin, Á Nogales Muñoz, F Oliva Mompean

Unidad Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla

Introducción: El adenocarcinoma duodenal es una neoplasia muy poco frecuente pero agresiva, representando menos del 0.5% de todas las neoplasias malignas gastrointestinales. Suele diagnosticarse entre los 55-65 años. La localización más común de esta enfermedad es la segunda porción duodenal, seguido por la tercera y cuarta porción duodenal, siendo excepcional en bulbo.

Caso clínico: Presentamos una paciente de 19 años que es estudiada por dolor abdominal y vómitos, siendo diagnosticada de enfermedad celiaca. Se realiza una TC de abdomen y una EnterorNM en las que se objetiva una marcada dilatación del estómago (Figura 1) y del bulbo duodenal con un engrosamiento a nivel de la segunda porción de

duodeno con afectación de la papila condicionando una estenosis duodenal y dilatación del conducto hepatocolédoco y vías biliares intrahepáticas.

Se indica la realización de endoscopia con imposibilidad de paso a nivel duodenal y toma de biopsia para estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico que confirma la sospecha de Adenocarcinoma de duodeno. Tras el diagnóstico se realiza estudio de extensión en el que no se objetiva afectación a otro nivel.

Se decide intervención quirúrgica radical mediante Duodenopancreatectomía cefálica con inyección de verde de indocianina para facilitar la linfadenectomía.

No se produjeron incidencias durante el postoperatorio inmediato, siendo dada de alta al 7º día tras la intervención quirúrgica.



Figura 1

Megaestómago pélvico secundario a estenosis por adenocarcinoma de duodeno.

Discusión: Se ha demostrado la relación del adenocarcinoma de duodeno con enfermedades como la celiacía, el esprúe no celiaco, la poliposis adenomatosa familiar, el síndrome de Gardner y la neurofibromatosis.

Para el diagnóstico del adenocarcinoma de duodeno las pruebas de imagen que nos ofrecen una mayor sensibilidad son el tránsito baritado y la endoscopia digestiva alta, donde podemos objetivar imágenes de estenosis, obstrucción, ulceración y rigidez en la pared duodenal.

Actualmente la técnica quirúrgica para el adenocarcinoma duodenal se encuentra en debate entre la DPC y la resección duodenal segmentaria. La elección se debe apoyar en la localización del tumor y en la presencia de infiltración pancreática. La técnica de elección más utilizada ha sido la duodenopancreatectomía cefálica por ser considerada la única que podía ofrecer buenos resultados oncológicos. Posteriormente, surgieron publicaciones que comparaban ambas técnicas en términos de supervivencia sin encontrar grandes diferencias, aunque los estudios son limitados.

En conclusión, el adenocarcinoma duodenal supone una entidad muy poco frecuente con un tratamiento quirúrgico actualmente en controversia, en el que podemos tener en cuenta ambas opciones quirúrgicas dependiendo de la localización tumoral y el grado de afectación pancreática.

CP159. ADENOCARCINOMA VESICULAR COMO HALLAZGO INCIDENTAL TRAS COLECISTECTOMÍA

S Martín Arroyo, SF Mac Mathuna, E Cafranga Gutiérrez, J Gavilán Parras, FJ García Molina

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: El cáncer de vesícula biliar es poco frecuente (3-4%) y uno de los tumores digestivos de peor pronóstico.

Afecta sobre todo a mujeres mayores de 60 años. Entre los factores de riesgo destacan: colelitiasis, pólipos vesiculares, vesícula en porcelana, infección de conductos biliares por Salmonella sp y Helicobacter pylori y antecedentes familiares.

La clínica es inespecífica (dolor en hipocondrio derecho, ictericia, pérdida de peso...) aunque la mayoría de los pacientes se mantienen asintomáticos.

Se suele diagnosticar en fases avanzadas o de forma incidental tras una colecistectomía (47%), como en nuestro caso. Debido a esto, es importante que el patólogo revise meticulosamente la pieza, ya que, aunque la incidencia de encontrar cáncer vesicular entre todas las piezas de colecistectomía oscila entre 0,2-3%, la supervivencia depende de su diagnóstico precoz.

Caso clínico: Varón de 85 años con antecedentes de DM, Parkinson e ictus que acude a urgencias por dolor abdominal y febrícula.

A la exploración, abdomen blando, con dolor en hipocondrio derecho, Murphy +. Con tendencia a la hipotensión.

Análiticamente con leucocitosis, neutrofilia, colestasis, PCR elevada y alteración de la coagulación.

Se realiza ecografía y posteriormente TAC urgente, que evidencia colecistitis aguda alitiásica.

Se decide intervención quirúrgica urgente, realizándose colecistectomía laparoscópica con la dificultad habitual de una cirugía de urgencia en un paciente con colecistitis.

La evolución postoperatoria fue lenta pero satisfactoria, siendo dado de alta al séptimo día

En el resultado anatomopatológico de la pieza, se evidenció adenocarcinoma vesicular pT2bN1.

Ante estos hallazgos, tras comentar el caso con oncología, se descarta reintervención y tratamiento adyuvante (capecitabina) por alto riesgo quirúrgico y comorbilidad, decidiéndose seguimiento.

Discusión: En el 1% de los pacientes sometidos a colecistectomía por otra causa, se detectará neoplasia vesicular.

La clínica es inespecífica, siendo difícil diferenciarlo de patologías más prevalentes como el cólico biliar o la colecistitis crónica.

El tratamiento depende del estadio; si es un hallazgo incidental tras colecistectomía, suele curarse sin tratamiento adicional. En los casos sintomáticos, la neoplasia suele ser irresecable y por tanto incurable.

La supervivencia a los 5 años de menos del 5% en pacientes con resección incompleta, aumentando al 17%-90% si la resección quirúrgica es completa.

Por tanto el diagnóstico precoz está directamente relacionado con el pronóstico, cobrando especial importancia el estudio anatomopatológico tras cualquier colecistectomía, para detectar presencia de neoplasia vesicular.

CP160. ALBUMINA/NEUTROPHIL LYMPHOCYTE RATIO (ANLR) PUEDE PREDECIR COMPLICACIONES EN CIRUGÍA HEPÁTICA DE METÁSTASIS COLORRECTAL

JJ Trujillo Díaz, M Ruiz Soriano, C Jezieniecki Fernández, T Gómez Sanz, M Rodríguez López, M Montes Manrique, J Beltrán de Heredia Rentería

Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid

Introducción: Los marcadores del estado nutricional (albúmina, prealbúmina) y los scores inflamatorios como el neutrophil lymphocyte ratio (NLR) son y han sido utilizados como predictores de supervivencia en pacientes sometidos a cirugía oncológica colorrectal y recientemente en cirugía hepática de metástasis hepáticas de origen colorrectal. Sin embargo, existen pocos trabajos que analicen su asociación con complicaciones postoperatorias, por lo que proponemos un nuevo score, relación entre la albúmina y el NLR (ANLR), como predictor de complicaciones en cirugía hepática de metástasis colorrectal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, analizando nuestra base de datos de pacientes sometidos a cirugía hepática por metástasis de origen colorrectal desde Enero-2014 hasta Junio-2020. Variables a analizar: morbilidad según clasificación de Clavien-Dindo (CD), complicaciones infecciosas, necesidad de transfusión, estancia hospitalaria, valores analíticos y scores inflamatorios.

Resultados: Se analizaron un total de 81 pacientes (hombres: 61,7%, edad: 65,6±11,8 años). Cirugías realizadas: segmentectomía (27,2%), metastasectomía (38,3%), hepatectomía izquierda (12,3%), hepatectomía derecha (11,1%), sectorectomía lateral izquierda (7,4%), hepatectomía derecha e izquierda ampliada (2,4%), Sectorectomía posterior derecha (1,2%). Cirugía laparoscópica: 16%. Se realizó además ablación por radiofrecuencia en el 7,4%. Se administró quimioterapia neoadyuvante en el 48,1%. Estancia hospitalaria: 7 (RIQ: 6-10 días). Comorbilidades: hipertensión arterial (49,4%), dislipidemia (33,3%), fumadores (23,5%), patología cardiovascular (16%), diabetes mellitus (13,6%), EPOC (3,7%). Complicaciones postoperatorias: global (50,6%), infecciosas (22,2%), Clavien-Dindo >3 (17,3%), transfusión (9,9%). El 6,2% de los pacientes requirieron reintervención quirúrgica.

Realizamos el análisis de las curvas ROC para determinar el mejor punto de corte para las variables albúmina preoperatoria y NLR preoperatorio en relación con complicaciones, resultando 4 g/dL y 2 respectivamente. Posteriormente utilizamos estos puntos de cortes para distribuir a las variables albúmina y NLR en dos grupos, y asignamos 0 puntos a los pacientes con albúmina>4g/dL o NLR≤2 y asignamos 1 punto a albúmina≤4 o NLR>2, de tal forma que agrupamos a los pacientes en dos grupos: bajo riesgo (0 y 1 punto) y alto riesgo (2 puntos).

Al analizar ambos grupos (bajo riesgo vs. alto riesgo) encontramos que los pacientes con una puntuación de 2 puntos (alto riesgo) presentaron una mayor incidencia de complicaciones globales, CD>3 e infecciosas (60% vs. 35,5% p=0,032 OR: 2,73; 28% vs. 0% p=0,001 OR=1,39 y 32% vs. 6,5% p=0,007 OR=6,82 respectivamente) e incidencias similares de reintervención quirúrgica y necesidad de transfusión (p>0,05).

Conclusiones: La albúmina y el NLR aplicados mediante este nuevo score (ANLR) puede ser un buen predictor de pacientes más susceptibles de presentar complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a cirugía hepática por metástasis de origen colorrectal, por lo que su detección precoz podría ayudarnos a disminuir la morbi-mortalidad relacionada con la cirugía de esta patología.

CP161. BAZO ECTÓPICO SIMULANDO UN TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS: SE PUEDE EVITAR UNA CIRUGIA INNECESARIA

S Mac Mathuna, E Gutierrez Cafranga, C Medina Achirica, E Muñoz Caracuel, J Gavilan Parras, S Martin Arroyo, M Diaz Oteros, FJ Garcia Molina

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: El bazo ectópico suele ser un hallazgo asintomático identificado en estudios de imagen. Su localización más frecuente en el hilio esplénico, seguido por la cola del páncreas (17%). Aunque suele ser inocuo en sí, su problema radica en que puede asemejar un tumor sólido pancreático, algo que puede conducir a una intervención quirúrgica innecesaria.

Se presenta un paciente sometido a una pancreatomecía distal por sospecha de una neoplasia neuroendocrina de cola de páncreas, siendo finalmente diagnosticado de bazo ectópico pancreático tras el estudio anatopatológico.

Caso clínico: Varón de 70 años con antecedentes de vasculitis sistémica pANCA+, en TAC realizado por seguimiento de su enfermedad de base se visualizó una imagen de aspecto nodular de unos 13mm en la cola pancreática, isodensa con el resto del parénquima, con captación en la fase arterial, hallazgos que sugirieron un tumor carcinoide pancreático.

La revisión dirigida de estudios previos revelaron estabilidad del tamaño de la lesión, ausencia de extensión neoplásica y de otros nódulos carcinoide valorables.

Se realizó Octreoscan, el cual mostró un aumento discreto en la captación del trazador, hallazgo compatible con lesión con receptores de somatostatina, sin evidencia de otras lesiones similares en el resto del cuerpo.

Tras el diagnóstico prequirúrgico de neoplasia de tipo neuroendocrino, se realizó una pancreatomecía distal laparoscópica.

El estudio de AP informó de una tumoración de unos 12mm histológicamente compatible con bazo ectópico.

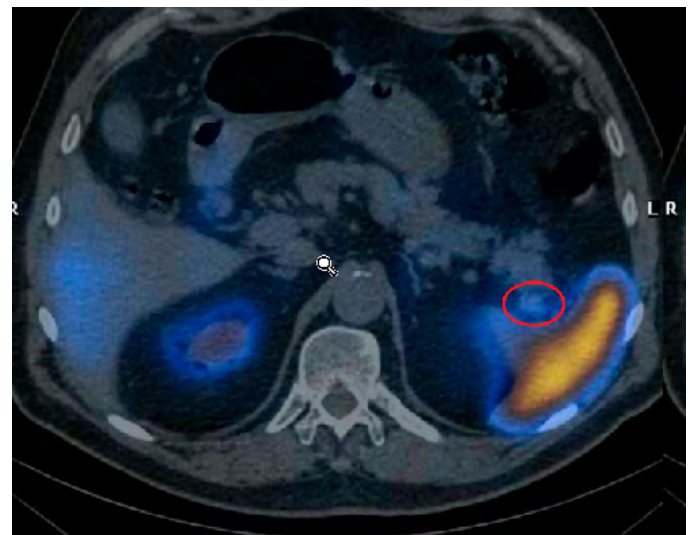


Figura 1

Octreoscan. Se aprecia nódulo en cola pancreática.

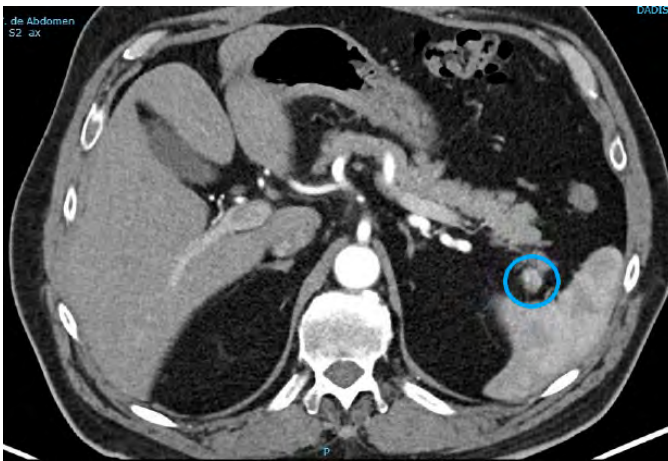


Figura 2
TAC abdominal. Se aprecia nódulo en cola pancreática.

Discusión: El bazo ectópico es una anomalía congénita benigna. Aunque estudios en autopsias sugiere que es una entidad relativamente común, con prevalencia de 10-30%, hay pocos casos de bazo ectópico intrapancreática publicados en la literatura, la mayoría siendo identificado, después de una resección quirúrgica por sospecha de tumor neuroendocrino.

Para evitar una cirugía complicada e innecesaria, es preferible llegar a un diagnóstico utilizando el método menos invasivo posible, aunque puede ser difícil debido a la semejanza a tumores pancreáticos.

Un bazo intrapancreático puede asemejar un tumor endocrino hipervascularizado en estudios de TAC con contraste o en RMI. También es límite la utilidad del Octeoscan porque los tejidos esplénicos pueden expresar receptores de somatostatina. Tampoco se puede descartar un tumor neuroendocrino por ausencia de elevación de niveles hormonales, dado que 30-40% de ellos son no-funcionante.

Si es necesario se puede realizar estudios como gammagrafía hepatoesplénica con Tecnecio-99 o PAAF guiada por ecografía endoscópica con contraste, si la anatomía lo permite, para identificar con más certeza tejido esplénico ectópico y así evitar una cirugía innecesaria y potencialmente muy compleja.

CP162. BAZO INTRAPANCREÁTICO MÚLTIPLE CON DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL PREOPERATORIO.

S Cerrato Delgado , A Valverde Martinez , A Fierro Aguilar , AC Caro Romero , MJ Castro Santiago , JM Pacheco García

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: Presentamos un caso de incidentaloma pancreático en el contexto de hiperparatiroidismo primario no filiado que planteó un diagnóstico diferencial con tumor neuroendocrino vs tejido

esplénico intrapancreático. La presencia de tejido esplénico ectópico se ha documentado en un 10-15% de la población general. Asimismo, su presencia intrapancreática se observa en el 1 al 2% de los casos. Generalmente se tratan de anomalías asintomáticas.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 73 años de edad sin antecedentes personales de interés. En análisis rutinario de control se evidencia un hiperparatiroidismo bioquímico (PTH 144 pg/ml). La paciente no presenta clínica ninguna. Ecografía, TAC y gammagrafía de cuello sin alteraciones a nivel tiroideo ni paratiroideo. En TAC abdominal se observa lesión isodensa en cola pancreática así como un bazo ectópico en hilio esplénico. Se completa estudio analítico con cromogranina A, insulina, glucagón, péptido C, VIP y somatostatina en rangos normales. Se realiza resonancia magnética en la que se observa una lesión nodular en cola pancreática hiperintensa en T2 e isointensa en T1 de bordes lobulados y sin conexión con el conducto pancreático principal compatible con tumor neuroendocrino como primera posibilidad. Se realizó SPECT-TAC de receptores de somatostatina con resultado positivo y gammagrafía con 99mTc octeotride en la que se observa la lesión intrapancreática descrita con características radiológicas compatibles con bazo ectópico. En comité multidisciplinar se decide intervención quirúrgica programada. Se realiza esplenopancreatectomía distal laparoscópica reglada sin incidencias intraoperatorias. La paciente es alta el quinto día postoperatorio. La anatomía patológica confirma la presencia de dos bazos accesorios intrapancreáticos y otro bazo ectópico próximo al hilio esplénico. En control postoperatorio persiste hiperparatiroidismo bioquímico (PTH 165 pg/ml).



Figura 1
TAC abdominal. Se aprecia nódulo en cola pancreática.

Discusión: El tejido esplénico ectópico puede agruparse en dos: esplenosis y bazo accesorio. La esplenosis se define como tejido esplénico es autotrasplantado tórax mediante intervenciones quirúrgicas o por rotura traumática del bazo. En el caso del bazo accesorio, se trata de tejido esplénico ectópico de forma congénita. De ambos tipos la localización intrapancreática es muy rara (1%).

De forma general son asintomática y no requieren tratamiento. En nuestro caso se optó por realiza resección quirúrgica por la duda

diagnostica que se presentó con un tumor neuroendocrino causante del hiperparatiroidismo primario no filiado que presentaba la paciente.

CP163. DERIVACION MESO-CAVA EN PACIENTE CON CAVERNOMATOSIS PORTAL

M Pérez Reyes, I Mirón Fernández, FJ León Díaz, B Sánchez Pérez, JA Pérez Daga, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: La trombosis del eje esplenoportal no asociada a cirrosis hepática o neoplasia es una enfermedad rara, con una prevalencia del 0,7-3,7/100.000 habitantes.

Caso clínico: Paciente de 19 años con antecedentes de cavernomatosis portal secundario a sepsis neonatal, con varices esofágicas, esplenomegalia y pancitopenia.

Presentó un episodio de hematemesis y melenas con repercusión clínica y analítica (anemizaci3n con hemoglobina 5,9g/dL) precisando endoscopia digestiva alta urgente. Presentaba dos cordones varicosos de peque1o y mediano calibre; uno de ellos con un punto rojo y zona fibrinada, sin sangrado activo. Se procedió a ligadura con 4 bandas. En el TAC abdominal (**Figura 1a**) de control, se apreciaba progresi3n de la trombosis y colateralidad(vena porta de 8 mm en hilio hepático, circulaci3n colateral intrahepática a partir de ramas de la mesentérica superior) y mayor esplenomegalia(20 cm). Se evaluó en comité de trasplantes, decidiéndose derivaci3n portal quirúrgica.

Se realizó laparotomía. Presentaba esplenomegalia que desplazaba el paquete intestinal a la línea media y varices en hilio hepático. Se realizó maniobra de Kocher, identificando y disecando la vena mesentérica superior desde el páncreas hasta la salida del tronco ileocecal y ramas yeyunales, vena cava inferior y salida de vena renal izquierda. Se utilizó prótesis vascular de Dacr3n para la derivaci3n meso-cava (**Figura 1b**). Se realizó flujometría observando buenos flujos.

La evoluci3n clínica fue favorable, siendo dada de alta al tercer día postoperatorio.

En consulta externa al mes de la cirugía estaba asintomática. Se realizó TAC de control (**Figura 1c**) evidenciando permeabilidad del shunt meso-cava.

Discusi3n: La trombosis del eje esplenoportal cr3nica (cavernomatosis portal) los sntomas vienen derivados del síndrome de la hipertensi3n portal. El tratamiento va dirigido a tratar o prevenir las complicaciones. En caso de fracaso del tratamiento médico, puede plantearse la derivaci3n percutánea portosistémica o quirúrgica. La cirugía derivativa se plantea como tratamiento definitivo, cuyo objetivo es disminuir la presi3n a nivel del sistema porta.

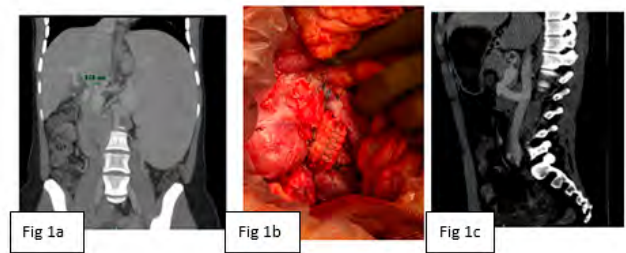


Figura 1

Figura 1a TAC abdominal: trombosis portal, circulaci3n colateral intrahepática y esplenomegalia Figura 1b Derivaci3n meso-cava con prótesis vascular Figura 1c TAC abdominal permeabilidad del shunt.

CP164. DONACI3N EN ASISTOLIA CONTROLADA COMO FUENTE ADICIONAL DE ÓRGANOS EN EL TRASPLANTE PANCREÁTICO

P Gutiérrez Delgado, B Sánchez Pérez, JA Pérez Daga, FJ León Díaz, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducci3n: Dada la escasez de donantes en el trasplante de páncreas, es necesario el uso de criterios expandidos para incrementar el pool de injertos, siendo la donaci3n en asistolia controlada (DAC) (Mastrich III) una fuente adicional efectiva de órganos ampliamente reconocida en trasplante renal y hepático pero con menor experiencia en el trasplante de páncreas3

Caso clínico: Caso 1: Var3n de 35 años con antecedentes de Diabetes Mellitus (DM) tipo I desde los 6 años de edad. Insuficiencia renal cr3nica (IRC) secundaria a nefropatía diabética incluyéndose en programa de hemodiálisis en 2013. Se realiza trasplante páncreas-riñ3n en 2016. El injerto pancreático y renal fueron extraídos de un donante de 35 años en asistolia mediante técnica súper-rápida. El injerto pancreático mostró buena funci3n desde la reperfusi3n. A las 60h, el paciente presentó hemoperitoneo siendo reintervenido sin encontrar claro foco de hemorragia. El injerto renal mostró funci3n retrasada necesitando hemofiltraci3n (HF) hasta el décimo día. Alta en 243DPO sin necesidad de insulina.

Caso 2: Mujer de 28 años con antecedentes de DM tipo I diagnosticada a los 10 años de edad. Hipertensi3n arterial (HTA). IRC estadio V secundaria a nefropatía diabética, en hemodiálisis desde febrero 2017. Se realiza trasplante páncreas-riñ3n el 18 noviembre de 2019. El injerto pancreático y renal fueron extraídos de un donante de 42 años en asistolia mediante PAN. Evolucionó con buena funci3n de ambos injertos. Alta 103DPO con normalidad de parámetros.

Caso 3: Var3n de 50 años con antecedentes de DM tipo I desde los 8 años. IRC secundaria a nefropatía diabética con inicio de terapia de hemodiálisis en 2018. Se realiza trasplante páncreas-riñ3n en diciembre de 2019. Los injertos fueron extraídos de un donante

de 26 años en asistolia mediante PAN. Presentó inestabilidad hemodinámica con necesidad continua de drogas vasoactivas, necesidad de ventilación mecánica prolongada, presencia de HF continua. Falleció al 90ºDPO.

Discusión: La escasez de injertos pancreáticos procedentes de donantes cadavéricos hace de la donación en asistolia controlada una nueva fuente de órganos para el trasplante pancreático.

La Donación en Asistolia parece mostrarse como una fuente fiable de órganos con resultados esperanzadores en el trasplante pancreático. Tanto la extracción mediante técnica súper-rápida^{5,7,9} como el uso de PAN^{6,7,8} han mostrado resultados alentadores y comparables a los donantes cadavéricos. Habrá que esperar a estudios de mayor volumen para indicarnos que técnica puede ofrecernos mejores resultados.

CP165. DUODENOPANCREATECTOMÍA DE CAUSA INSÓLITA

G Cabello Calle, P Dabán López, J Gómez Sánchez, MD Hernández García, E Dabán Collado, B Mirón Pozo

Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: Presentamos el caso de un paciente con linfoma duodenal tipo MALT tratado mediante cirugía.

Caso clínico: Varón de 69 años que consultó por pirosis, reflujo, epigastralgia y pérdida ponderal de 3 kilogramos en 3 meses. No presentaba mejoría con inhibidores de bomba de protones y se decidió completar estudio mediante esofagogastroduodenoscopia evidenciándose una hernia de hiato junto con poliposis en el bulbo duodenal. Se biopsiaron informando de adenoma de tipo intestinal con displasia de bajo grado.

Se decidió en comité multidisciplinar tratamiento quirúrgico dado el tamaño y extensión de las lesiones así como la sospecha de malignidad a pesar de la histología.

Se realizó duodenopancreatectomía cefálica con reconstrucción en omega. Al séptimo día postoperatorio presentó fuga en la anastomosis pancreatoyeyunal que requirió reintervención y pancreatectomía total. Presentó un ingreso prolongado complicado por glucemias de difícil control terapéutico así como un tromboembolismo pulmonar que precisó filtro de vena cava. Finalmente fue dado de alta tras resolución de las complicaciones y un correcto ajuste nutricional.

El resultado anatomopatológico definitivo informó de un linfoma tipo B de bajo grado tipo marginal de todo el espesor de la pared duodenal, con márgenes de resección libres.

Discusión: Los linfomas del tracto gastrointestinal son poco frecuentes y sólo el 8% se originan en duodeno. Son incluidos como linfomas de células B de la zona marginal extranodal del tejido linfoide asociado a la mucosa (MALT).

La sintomatología es inespecífica y depende de la localización y del crecimiento tumoral, siendo la obstrucción intestinal y el dolor los síntomas más frecuentes.

El principal tratamiento para este tipo de linfomas es la quimioterapia, logrando habitualmente la remisión completa. La indicación de cirugía es más frecuente que en otras localizaciones debido a un mayor porcentaje de complicaciones, como obstrucción, compresión de estructuras vecinas, perforación o hemorragia, así como a la ausencia de sospecha preoperatoria, siendo la pieza quirúrgica la que otorga un resultado diagnóstico definitivo.

La localización duodenal se asocia a peor pronóstico que el resto de linfomas MALT, ya que presenta mayores recidivas locales y la transformación en linfomas de alto grado, sumándose al avanzado estado de la enfermedad cuando se diagnostica y por la controversia en su manejo.

El tratamiento estándar para los linfomas intestinales es la quimioterapia. Sin embargo, hasta la mitad de los pacientes con linfoma duodenal pueden requerir cirugía debido a formas de presentación inespecíficas o a la escasa sospecha diagnóstica preoperatoria.

CP166. FÍSTULA ENTEROVESICAL SECUNDARIA A MIGRACIÓN DE ENDOPRÓTESIS BILIAR

G Jiménez-Riera, JM Lorente-Herce, D Martínez-Baena, P Parra-Membrives

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: El uso de prótesis biliares forma parte del tratamiento de múltiples enfermedades benignas y malignas biliopancreáticas. Aunque la mayoría de los stents migrados son expulsados sin provocar síntomas, en ocasiones puede provocar complicaciones. Las más frecuentes son las perforaciones duodenales debido a su angulación, pero existen casos de perforación en otras localizaciones donde el intestino está fijo de forma congénita o adquirida impidiendo su progresión (colon derecho, hernias, adherencias). Presentamos un caso de una fístula enterovesical causada por la migración de una endoprótesis biliar en una paciente con antecedente de enteritis y cistopatía rádica.

Caso clínico: Mujer de 83 años, con antecedentes de histerectomía, doble anexectomía y braquiterapia por adenocarcinoma de endometrio, con cuadros de suboclusión por enteritis y cistopatía rádica, eventroplastia, colecistectomía, portadora de endoprótesis biliar tras una colangitis aguda por coledocolitiasis (no retirada por abandono del seguimiento) e infecciones urinarias de repetición. Consulta por fecaluria, síndrome miccional y dolor abdominal. Requiere sondaje por globo vesical, obteniéndose abundante material fecal. En la radiografía simple de abdomen se aprecia una imagen radiopaca alargada y otra redondeada en pelvis. La TAC con contraste intravenoso muestra en la vejiga una imagen redondeada de densidad calcio y una estructura tubular que se introduce en la vejiga desde un



Figura 1

Imagen radiopaca alargada e imagen radiopaca redondeada en pelvis.

asa de íleon (prótesis transpapilar migrada). Tras administración de contraste a través de la sonda se observa llenado de íleon, sugiriendo una fístula enterovesical. Tras optimización nutricional se procede a la realización de una laparotomía exploradora, adhesiolisis y liberación de íleon terminal de cúpula vesical, retirada de prótesis y litiasis, ilececuectomía, anastomosis ileocólica y rafia vesical. El postoperatorio cursó sin incidencias de interés.

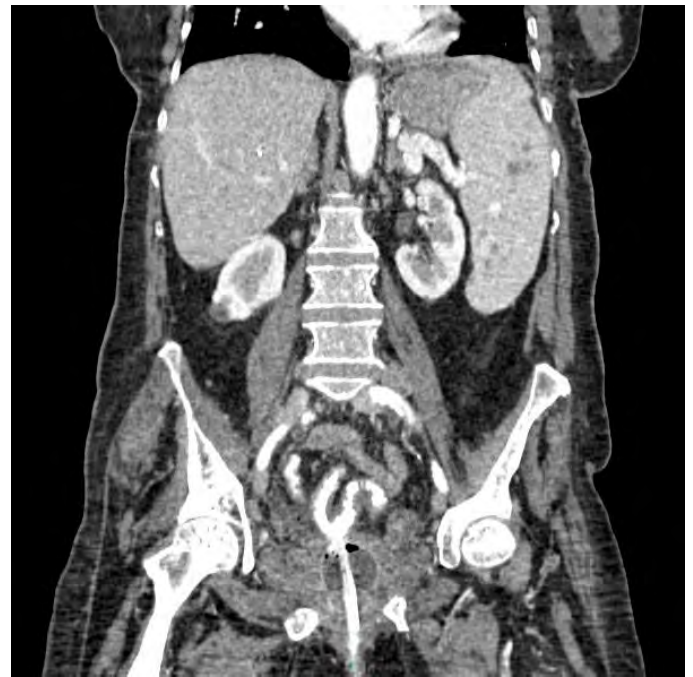


Figura 3

Tras administración de contraste a través de la sonda vesical se observa llenado de íleon, sugiriendo una fístula enterovesical.

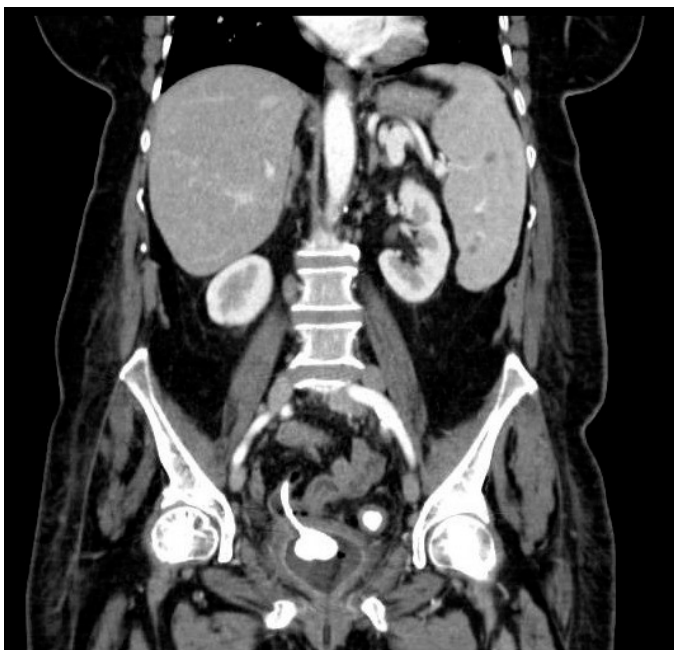


Figura 2

Litiasis vesical y una estructura tubular compatible con prótesis biliar que se introduce en la vejiga desde un asa de íleon terminal.

Discusión: Las migraciones de las prótesis biliares pueden ser proximales o distales. Las distales se producen hasta en un 6%. El riesgo de migración es mayor en casos de patología benigna. La mayoría son expulsadas a través del tubo digestivo sin complicaciones, pero pueden provocar perforaciones intestinales, generalmente en el duodeno, ciego, colon sigmoideas, zonas fijas por adherencias o por hernias. La perforación libre es el cuadro más frecuentemente provocado, seguido de fístulas colovesicales o colovaginales, siendo la aparición de una fístula enterovesical con vesiculitis asociada un escenario extremadamente excepcional.

Es importante realizar un control de las prótesis biliares migradas y plantear su recuperación si no son expulsadas espontáneamente. Inicialmente por vía endoscópica y, en el caso de que este abordaje no sea posible, proponer una cirugía precoz para evitar futuras complicaciones.

CP167. FÍSTULA HEPATOPULMONAR TRANSIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A HIDATIDOSIS HEPÁTICA.

A Fierro Aguilar, S Cerrato Delgado, A Valverde Martínez, MR Dominguez Reinado, A Camacho Ramirez, MD Casado Maestre, MJ Castro Santiago, JM Pacheco García

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La hidatidosis es una enfermedad parasitaria endémica en países mediterráneos. Se produce por el *Echinococcus Granulosus*, cuyo huésped definitivo es el perro que expulsa huevos por las heces contagiándose el humano (huésped intermedio). La existencia de fiebre, dolor abdominal o hepatomegalia sugieren complicación de la enfermedad, encontrándose entre ellas la fístula hepatopulmonar transdiafragmática que puede condicionar la vida del paciente.

Caso clínico:

Caso 1:

Paciente varón de 74 años intervenido de quiste hidatídico hepático hace 14 años, ingresado por cuadro constitucional y hemoptisis. El TAC toracoabdominal muestra una lesión cavitada y tabicada en lóbulo inferior derecho con nivel hidroaéreo en el interior, comunicándose mediante un trayecto fistuloso con colecciones subfrénicas que desvirtualizan el parénquima hepático derecho y condicionan dilatación de la vía biliar intrahepática. Ante la sospecha de recidiva, se solicita punción percutánea con resultado de cultivo positivo para parásitos, iniciándose tratamiento con albendazol. La colangiografía nos confirma la existencia del absceso hepático fistulizado a parénquima pulmonar y su comunicación con los radicales distales de la vía intrahepática derecha, por lo que se lleva a cabo drenaje de la vía biliar por CPRE con salida de contraste a las colecciones visualizadas.



Figura 2

TAC abdominal.



Figura 1

TAC torácico.

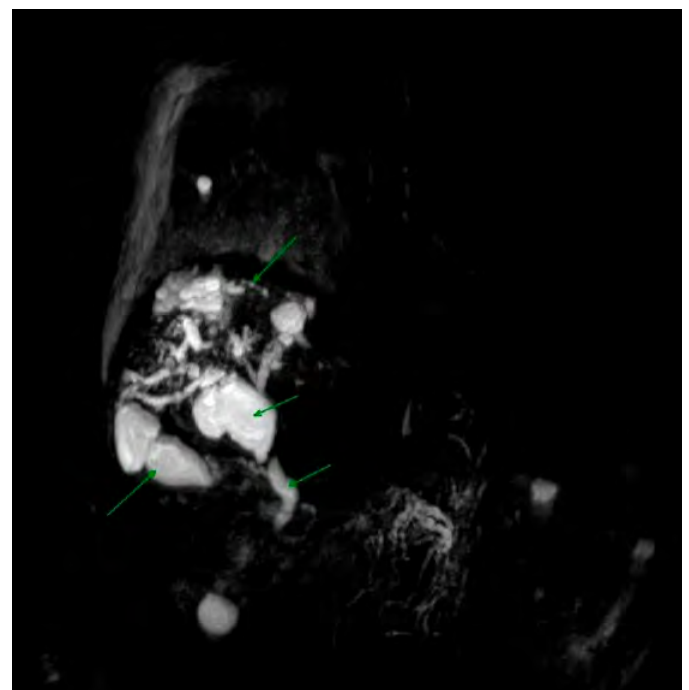


Figura 3

ColangiografíaRM.

Caso 2:

Paciente varón de 66 años sin antecedentes de hidatidosis previo que acude a urgencias por cuadro de tos y dolor en hemitórax izquierdo, ingresando por masa pulmonar inferior izquierda hipodensa, homogénea y de pared gruesa sugestiva de quiste hidatídico en el TAC, y en hígado una lesión de similares características que ocupa casi la totalidad del lóbulo hepático izquierdo con lesiones similares de menor tamaño perihepáticas. La CPRE no evidencia extravasación del contraste.

Actualmente, ambos pacientes se encuentran en tratamiento con albendazol, pendientes de intervención quirúrgica.



Figura 4

TAC abdomen.

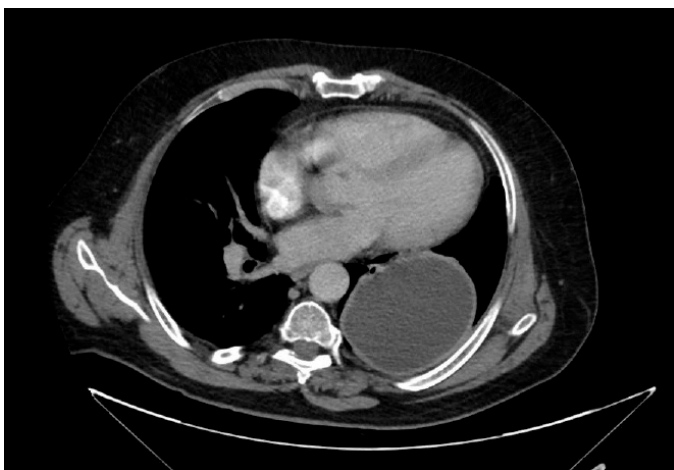


Figura 5

TAC torácico.

Discusión: La extensión transdiafragmática hepatopulmonar de la hidatidosis pulmonar es una complicación grave pero muy infrecuente. La presión intratorácica negativa que retrae el quiste al tórax, la compresión mecánica del mismo y la sepsis originada son factores relacionados con su aparición.

La lesión constante sobre el diafragma acaba por perforarlo, vaciándose el quiste de forma parcial y produciéndose la fistula biliar al entrar en contacto con el árbol bronquial lesionándolo. La TAC y RNM son de elección en el diagnóstico y el cultivo positivo en esputo así como la presencia de aire en el quiste hidatídico, derrame pleural, atelectasias o condensaciones son sugestivos de la misma. La solución quirúrgica supone un reto terapéutico y es necesario el abordaje multidisciplinar de la complicación por cirujanos generales y torácicos.

CP168. HAMARTOMA DE LOS CONDUCTOS BILIARES (COMPLEJO DE VON MEYENBURG)

R Forneiro Pérez, P Dabán López, MS Zurita Saavedra, B Mirón Pozo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital San Cecilio, Granada

Introducción: El hamartoma de los conductos biliares o complejo de Von Meyenburgh es una lesión hepática benigna infrecuente. Consiste en una malformación de los conductos biliares intrahepáticos, que forman estructuras quísticas de tamaño variable.

Se debe hacer el diagnóstico diferencial con otras tumoraciones como las metástasis hepáticas, fundamentalmente en pacientes con neoplasia primaria conocida.

Presentamos nuestra experiencia con el caso de una paciente con un hamartoma del conducto biliar que indujo inicialmente un error diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 81 años, hipertensa y diabética insulino dependiente, con diagnóstico de adenocarcinoma de ángulo hepático. El PET-TC (imagen 1) preoperatorio describe un foco de débil actividad metabólica en el segmento III hepático, visible en TC como pequeña lesión hipodensa que puede corresponder con afectación metastásica. La RM de abdomen no puede valorar con fiabilidad el parénquima hepático por la poca colaboración de la paciente.

Se interviene de forma programada realizándose hemicolecotomía derecha y escisión de LOE sospechosa del segmento III hepático.

El postoperatorio fue tórpido, presentando un íleo paralítico y fallo renal, conduciendo al éxitus de la paciente al decimoquinto día postoperatorio.

El informe de Anatomía Patológica reflejó un adenocarcinoma de colon y un hamartoma de conductos biliares (complejo de Von Meyenburgh).

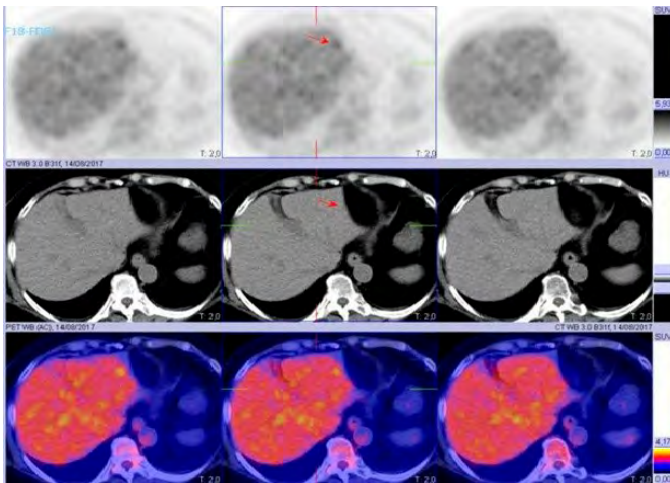


Figura 1

PET-TC donde se visualiza (flecha roja) la lesión en el segmento III.

CP169. IMPACTO DE LAS COMPLICACIONES TIPO FÍSTULA DE LA CIRUGÍA PANCREÁTICA EN LA SUPERVIVENCIA Y EN EL TRATAMIENTO ADYUVANTE DE LAS NEOPLASIAS MALIGNAS PANCREÁTICAS

F Moreno Suero, P Beltrán Miranda, A García León, C Cepeda Franco, G Suárez Artacho, LM Marín Gómez, C Bernal Bellido, JM Álamo Martínez, FJ Padillo Ruíz, MÁ Gómez Bravo

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: Analizar el posible impacto de la presencia de fístula (quilosa, biliar o pancreática) en la supervivencia oncológica de los pacientes con cáncer en la cabeza de páncreas sometidos a DPC o duodenopancreatectomía total (DPT).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los pacientes con patología pancreática maligna intervenidos mediante DPC entre 2014 y 2018 y DPT entre 2010 y 2018 subsidiarios de QT adyuvante tras la cirugía.

Se analizaron variables demográficas así como de complicaciones quirúrgicas que pudieran tener un impacto en la realización de un tratamiento óptimo adyuvante.

Resultados: Se incluyeron un total de 99 pacientes edad media 66,19 años, divididos en 2 grupos según si presentaron fístula postquirúrgica (grupo 2) o no (grupo 1). No se encontraron diferencias respecto a la histología entre grupos, adenocarcinoma de páncreas 91,5% vs 89,3%, aunque mayor número de colangiocarcinoma (7%) en el grupo sin fístula y mayor neuroendocrino y ampuloma (3,6% cada uno) en el grupo con fístula ($p=0,076$).

71 pacientes se incluyeron en el grupo 1, sin presentar ningún tipo de fístula y 28 si la desarrollaron (grupo 2). La fístula quilosa se diagnosticó en el 7,2% de los pacientes, la fístula biliar en un 5,1% y un 26,2% desarrollaron fístula pancreática 26,2% (calculado solo sobre las DPC). Por tanto encontramos un global del 28,3% de cualquier tipo de fístula postoperatoria.

La edad media del primer grupo fue 66 años y 67 años en el segundo ($p=0,577$). La media del índice de Charlson calculado en ambos grupos fue de 5,18 y 5,39 respectivamente ($p=0,585$), sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

El intervalo desde la cirugía hasta el inicio de la QT adyuvante fueron 67 y 78 días respectivamente ($p=0,169$).

No hubo diferencias en la supervivencia entre ambos grupos: log Rank $p=0,103$ a 1 año 69,9%, 35,4% a los 3 años y 30,4% a los 5 años en el grupo sin fístula mientras que a 1 año 80,9%, 57,2% a los 3 años y 50,1% a los 5 años en el grupo con fístula.

Conclusiones: La aparición de complicaciones tipo fístula postquirúrgica en el postoperatorio de la DPT o DPC por cáncer no parece tener un impacto real en la supervivencia oncológica a largo plazo ni en la recepción de QT adyuvante así como en el tiempo hasta su inicio.

Discusión: El hamartoma de vías biliares (HVB), es una lesión hepática descrita por primera vez en 1918. Se incluye dentro de las enfermedades fibropoliúísticas del hígado, siendo una malformación biliar benigna, aunque con cierto potencial para malignización.

Generalmente son asintomáticos por lo que suelen ser un hallazgo incidental con tamaño menor de 1 cm de diámetro. Es necesario la confirmación histopatológica antes de tomar una decisión terapéutica. Como diagnósticos diferenciales encontramos quistes hepáticos, metástasis, abscesos hepáticos o la enfermedad de Caroli.

Son estudios útiles para el diagnóstico la ecografía y la tomografía computerizada. La prueba más importante para el diagnóstico es la resonancia magnética que visualiza lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 incomunicadas con el árbol biliar. Cuando existen lesiones malignas asociadas, los HVB pueden ser diagnosticados erróneamente como metástasis e incluso considerados como lesiones malignas primarias dado que presentan características radiológicas similares a estas lesiones.

Las complicaciones descritas son casi excepcionales: transformación maligna e hipertensión portal con hemorragia gastrointestinal. Por este motivo, el tratamiento suele ser conservador mediante seguimiento con TC anual.

Dada la prevalencia de lesiones metastásicas hepáticas y el difícil diagnóstico diferencial en presencia de un tumor primario, es importante conocer esta entidad para no catalogarla erróneamente como lesión maligna.

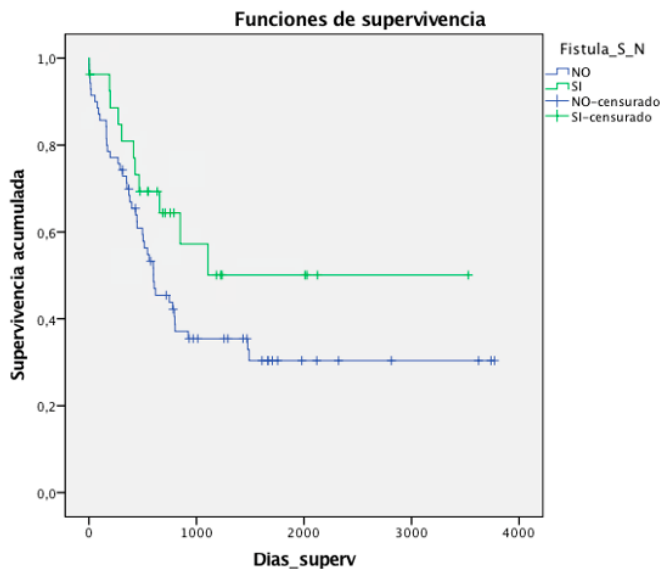


Figura 1 Supervivencia en función del desarrollo de fístula postoperatoria.

sutura transversal asociada a tubo de Kehr y en dos casos mediante anastomosis colédoco-duodenal.

La morbilidad fue de una fístula biliar que no precisó tratamiento quirúrgico y de una infección de la herida operatoria. No tuvimos que lamentar ningún fallecimiento.

Discusión: La causa fundamental de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar principal es la colecistectomía. El diagnóstico de la lesión operatoria puede realizarse en el momento de producirse, en el periodo postoperatorio precoz o varios meses después de la operación. La situación más afortunada, dentro de lo indeseable de la complicación, se da cuando el diagnóstico es inmediato. La realización de una colangiografía permite reconocer la mayoría de las lesiones. La elección de la técnica de reconstrucción biliar tendrá en cuenta el tipo de lesión..

CP171. MANEJO Y EVOLUCIÓN DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO CON TRATAMIENTO MÉDICO

AA Maestu Fonseca, A Andueza Urdangarin, J Varela Recio, S Cerrato Delgado, A Fierro Aguilar, MD Casado Maestre, MJ Castro Santiago, JM Pacheco Garcia

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: El quiste hidatídico hepático es una enfermedad endémica del área mediterránea producida por el cestodo *Echinococcus granulosus*. Los casos que se presentan en la península suelen ser importados. El diagnóstico se realiza mediante la combinación de la exposición epidemiológica, la clínica y las imágenes radiológicas. La serología negativa no excluye el diagnóstico [3]. El tratamiento es médico con albendazol 400mg, aunque suele requerir cirugía para su resolución, por técnicas conservadoras o definitivas, siendo la laparoscopia una buena opción [2][4][5][6]. En casos seleccionados el tratamiento exclusivamente médico es buena opción [5][7]. Nuestro caso es un ejemplo de resolución con tratamiento médico.

Caso clínico: Varón senegalés de 51 años que acude por fiebre y dolor en hipocondrio derecho de dos meses de evolución. En la analítica destacaron 14.960 leucocitos y una PCR de 167. Se realiza una ecografía abdominal observándose abscesos hepáticos múltiples, por lo que fue ingresado para completar estudio e iniciar tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol, el cual recibe durante 22 días.

Durante el ingreso se realiza un TC de abdomen (Figura 1) que evidencia una lesión quística de 4'7x3'6 cm en el segmento VIII hepático y otra de 6'5x5cm en el segmento IVa, ambas compatibles con quistes hidatídicos. Así mismo presenta varios nódulos 1 cm sugestivos de abscesos hepáticos. Se solicita serología de *Equinococcus Granulosus* y *Entamoeba Hystolitica*, siendo ambas negativas.

Se realiza una RMN hepática (Figura 2) que describe dos lesiones sugestivas de quistes hidatídicos en segmentos VIII y IVa con signos de actividad, tipo CE2 según la clasificación de WHO/IWG.

CP170. LESIONES YATROGÉNICAS DE LA VIA BILIAR PRINCIPAL

FJ del Rio Lafuente¹, P Fernandez Zamora¹, F del Rio Marco²

¹Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen Macarena, Sevilla. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Lesiones en la vía biliar principal provocado por el cirujano de manera involuntaria cualquiera que sea el tipo de intervención y cualquiera que sea el órgano operado. La vía biliar principal comprende las dos ramas de origen, el canal hepático común y el colédoco. Hemos excluido la papila lo que excluye todos los traumatismos debido a la esfinterotomía. Se dividen en dos grupos según el momento de reconocimiento: Lesiones reconocidas en el momento de producirse y tratadas inmediatamente por el propio cirujano y las lesiones desconocidas y tratadas posteriormente por el mismo cirujano u otro

Caso clínico: Presentamos un estudio retrospectivo de 10 casos de traumatismos quirúrgicos de la vía biliar principal. Se trata de 2 varones y 8 mujeres, con una edad media de 61 años, con extremos de 33 y 76 años. Cinco de estos traumatismos fueron diagnosticados durante la realización de una colecistectomía laparoscópica, tres durante colecistectomía abierta y dos pacientes ingresaron procedente de otro Hospital.

La conversión inmediata en cirugía abierta fue necesaria en todos los casos. La reparación de la lesión se realizó mediante Hepaticoyeyunostomía sobre asa en Y de Roux en siete casos, un caso mediante

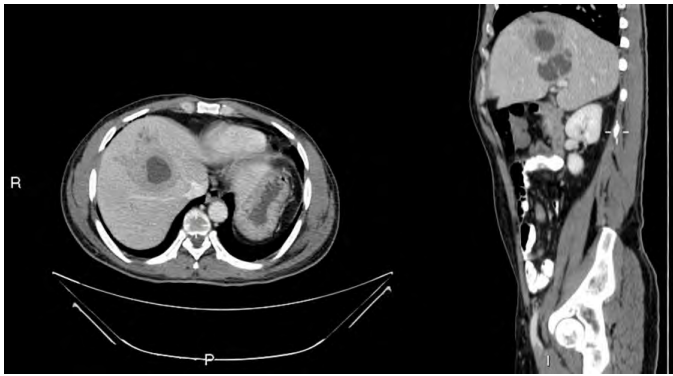


Figura 1

Imagen de TC al ingreso. Lesiones en Segmento VIII y segmento IVa junto con lesiones centimétricas sugerentes de absceso hepático.

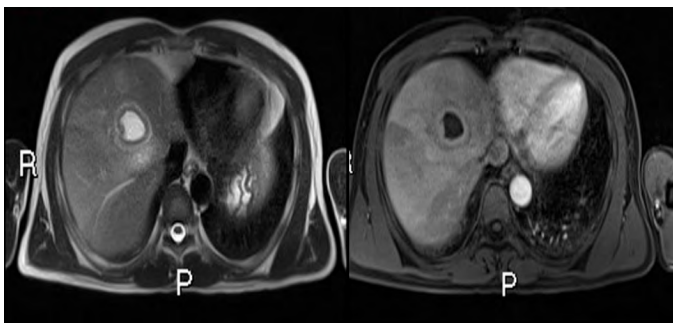


Figura 2

RMN durante el ingreso. Lesiones en segmentos VIII y IVa hepáticos con signos de actividad, tipo CE2 según la clasificación de WHO/IWG.

La evolución durante el ingreso fue favorable, recibiendo el alta a los 14 días. Recibió tratamiento médico con albendazol 400 mg cada 12h durante 2 meses. Transcurrido este tiempo se realizó un nuevo TC de abdomen (Figura 3) en el que se observó una única lesión en el segmento VIII de 22 mm de diámetro mayor. Tras 4 meses de seguimiento el paciente continúa asintomático.



Figura 3

TC a los 2 meses y medio de tratamiento médico. Se observa disminución considerable de las lesiones persistiendo lesión de diámetro mayor de 22 mm en segmento hepático VIII.

Discusión: El quiste hidatídico hepático es una enfermedad endémica del área mediterránea producida por el cestodo *Echinococcus granulosus*. Los casos que se presentan en la península suelen ser importados. El diagnóstico se realiza mediante la combinación de la exposición epidemiológica, la clínica y las imágenes radiológicas. La serología negativa no excluye el diagnóstico. El tratamiento es médico con albendazol 400mg, aunque suele requerir cirugía para su resolución, por técnicas conservadoras o definitivas, siendo la laparoscopia una buena opción. En casos seleccionados el tratamiento exclusivamente médico es buena opción. Nuestro caso es un ejemplo de resolución con tratamiento médico

CP172. METÁSTASIS DE MELANOMA MALIGNO EN LA VESÍCULA BILIAR; A PROPÓSITO DE UN CASO

BP González Sierra¹, V Arteaga Peralta¹, DA Díaz Candelas¹, MD Picardo Gomendio¹, C García Amador¹, RA Latorre Fragua¹, C Ramiro Pérez¹, R de la Plaza Llamas¹, JM Ramia Ángel¹, Y Rodrigues Figueira²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara. ²Servicio Anatomía Patológica. Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara

Introducción: Las metástasis en la vesícula biliar (VB) son muy infrecuentes. El melanoma maligno es su origen más común. Presentamos a una paciente que se intervino con el diagnóstico preoperatorio de metástasis de melanoma en VB por captación patológica en PET-TC y diagnóstico histológico final fue benigno.

Caso clínico: Mujer, 38 años, diagnosticada de melanoma maligno (MM) en la espalda estadio Ib:pT2aN0M0. 5 años después se realizó un PET-CT, que muestra lesión hipermetabólica en el hilio hepático que causaba dilatación de la VB. En RM, se observa una masa compatible con cáncer de vesícula biliar (CVB) ó metástasis en VB con contenido hemorrágico. En el comité multidisciplinar oncológico se decidió cirugía. En la intervención apreciamos una VB dilatada con pared engrosada, y triángulo de Calot y placa hiliar francamente inflamados. Se realizó colecistectomía más resección de 1,5 cm de parénquima hepático para asegurar un margen libre. En los estudios tanto histológicos como inmunohistoquímicos, no se observó infiltración tumoral. El diagnóstico histológico final fue colecistitis xantogranulomatosa (CXG).

Discusión: El MM es una de las formas más agresivas de cáncer de piel con gran potencial metastásico. El PET-CT en MM presenta una elevada precisión para la detección de metástasis pero la experiencia de PET-CT para diagnosticar metástasis de MM en VB es muy corta.

La CXG es una enfermedad inflamatoria benigna de la VB que se observa en 1.3-5.2% de las VB extirpadas, predominantemente en personas de mediana edad y ancianos. La patogenia más aceptada es que tras un proceso inflamatorio y una reacción granulomatosa se produce extravasación de bilis a la pared de la VB y ese proceso inflamatorio produce un engrosamiento macroscópico de la pared de la VB similar a una neoplasia. Las manifestaciones clínicas habituales

de CXG son las observadas en la colecistitis, pero algunos pacientes son asintomáticos como ocurrió en nuestra paciente. Es difícil distinguir entre CVB y CXG por técnicas de imagen, lo que puede implicar la realización de resecciones hepáticas innecesarias.

El PET no es totalmente específico para las lesiones malignas de la VB y se producen falsos positivos en lesiones inflamatorias benignas como CXG, tuberculosis, adenomiomatosis, o colecistitis aguda, debido a la absorción del FDG en las células inflamatorias.

Conclusiones: El diagnóstico preoperatorio de CXG es complejo aunque se realicen varias técnicas de imagen y PET. En nuestro caso, el diagnóstico previo de melanoma nos llevo al diagnóstico erróneo de metástasis en VB.

CP173. METÁSTASIS QUÍSTICAS DE CARCINOMA COLORRECTAL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

A Fierro Aguilar, S Cerrato Delgado, J Varela Recio, A Maestu Fonseca, MD Casado Maestre, A Valverde Martínez, MJ Castro Santiago, JM Pacheco García

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: Las metástasis quísticas hepáticas del carcinoma colorrectal constituyen el 1.8% de las metástasis hepáticas de este origen y alcanzar un diagnóstico preoperatorio definitivo continúa siendo un reto.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente de 50 años con metástasis hepáticas metacrónicas de adenocarcinoma de colon sigmoide estadio IIB (T4N0M0). Transcurridos 2 años de la intervención se detecta una elevación de marcadores tumorales y se realiza TAC dinámico de hígado que evidencia varias lesiones quísticas con septos finos y calcificaciones en segmentos VIII, V, III y IVa, sugestivas de cistoadenoma. Para confirmarlo, se solicita RNM hepática, que evidencia lesiones hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 sugestivas de cistoadenomas, encontrándose en las lesiones de segmentos V y VIII además captación de borde periférico posterior en fase postcontraste, compatibles con cistoadenocarcinoma. Ante la duda diagnóstica de metástasis quística y cistoadenocarcinomas, se solicita biopsia hepática cuyo examen histológico constató parénquima hepático sin evidencia de malignidad, por lo que se decide realizar una biopsia hepática quirúrgica donde la lesión del segmento V se informa como “neoplasia quística mucinosa hepática con displasia de alto grado sin evidencia de carcinoma invasivo”, por lo que se decide realizar resección atípica de todas las lesiones hepáticas. La paciente fue dada de alta al octavo día postoperatorio sin complicaciones postoperatorias y la anatomía patológica definitiva reveló la presencia de formaciones quísticas con superficie luminal lisa trabeculada con contenido mucoide y ciertas áreas capsulares de disposición irregular, compatibles con metástasis quísticas de adenocarcinoma de colon. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento sistémico quimioterápico, sin evidencia de recidiva local o sistémica.

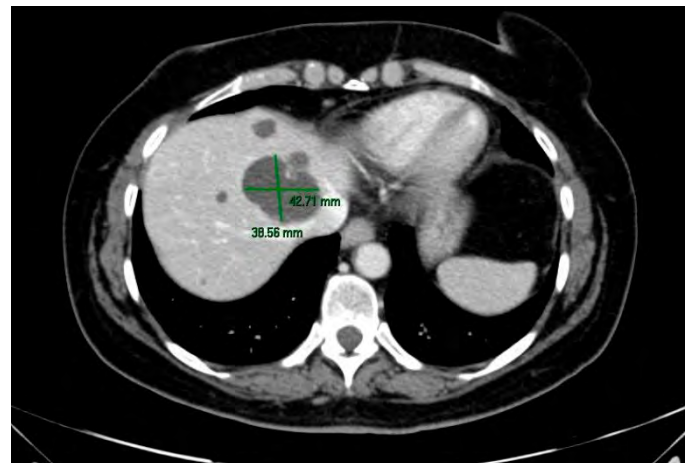


Figura 1

TAC abdominal.

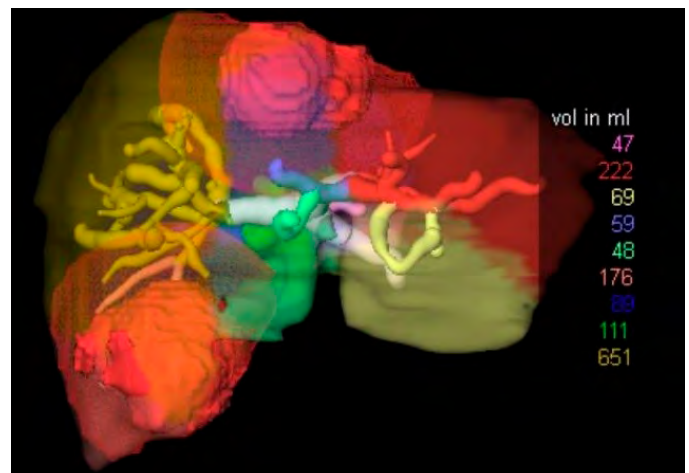


Figura 2

Volumetría.

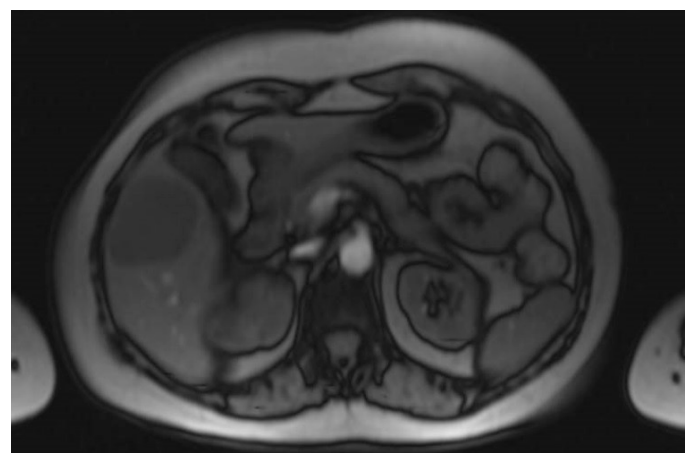


Figura 3

RNM hepática.

Discusión: La presentación como lesiones de aspecto quístico de las metástasis de cáncer colorrectal es rara y supone una dificultad diagnóstica y terapéutica. En la tomografía computerizada, suelen presentarse como lesiones de bordes heterogéneos y mal definidos, con paredes irregulares y vascularización anómala, así como presencia de nódulos murales o septos. El uso reciente de ecografía con contraste (CEUS) muestra hipercaptación periférica en fase arterial e hipovascularización en la zona central necrótica con septos, así como cierto componente sólido en la fase arterial con fenómeno de lavado que concluye en un realce en fase portal.

Cuando aparecen lesiones quísticas múltiples, el principal objetivo debe ser descartar el origen metastásico de un tumor primario localizado en colon, mama, riñón, ovario, melanoma o tumor carcinoide.

CP174. QUINTA REHEPATECTOMÍA POR METÁSTASIS HEPÁTICA DE TUMOR NEUROENDOCRINO POR VÍA TORACOSCOPICA TRANSDIAFRAGMÁTICA.

S Cerrato Delgado¹, Al Triviño Ramirez², J Varela Recio¹, A Fierro Aguilar¹, A Maestu Fonseca¹, MD Casado Maestre¹, MJ Castro Santiago¹, JM Pacheco García¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz. ²Servicio Neumología. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La localización en segmentos posteriores de las lesiones hepáticas dificulta el absceso laparoscópico, más aún si se trata de pacientes en los que ya se ha realizado alguna resección hepática. Es en estos casos donde tiene un papel importante el acceso toracoscópico transdiafragmático.

Caso clínico: Mujer de 46 años de edad intervenida en 2010 por neoplasia neuroendocrina en cola de páncreas (G2 y Ki-67 > 5%). Se realiza esplenopancreatectomía distal laparotómica. Posteriormente se realizan cuatro hepatectomías por metástasis (dos metastasectomías y una hepatectomía derecha). Se pauta tratamiento con análogos de Somatostatina sin evidencia de enfermedad en los controles rutinarios. En TAC abdominal realizado en marzo de 2020 se evidencia lesión nodular hipercaptante en segmento próxima los clips de cirugías previas en segmento VIII. La sospecha de nueva metástasis de tumor neuroendocrino se confirma mediante resonancia magnética y octeoscan. En comité multidisciplinar se decide realizar metastasectomía de la lesión.

Previo a la realización de la cirugía se coloca arpón en la lesión con ayuda de TAC abdominal para la localización intraoperatoria de la misma. Se realiza cirugía bajo anestesia general con intubación selectiva. Paciente en decúbito prono. Se colocan cuatro trocares torácicos (uno de 12mm en el espacio intercostal 10-11, otro en el 8-9 y otro en el 7-8. Un trocar auxiliar de 5mm en el espacio 11-12). Se realiza ecografía intraoperatoria para localizar la lesión. Resección de diafragma llegando a parénquima hepático. Por intolerancia hemodinámica y respiratoria se realiza toracotomía para finalizar la exéresis completa de lesión. Se retira drenaje torácico al 4º día. La paciente es dada de alta el 7º día tras la cirugía sin incidencias. La

anatomía patológica de la pieza confirma el diagnóstico de metástasis de tumor neuroendocrino bien diferenciado (G2) con márgenes de resección libre.

Discusión: La vía de abordaje principal para la cirugía hepática sigue siendo la vía abdominal pues permite una buena exposición de todos los segmentos hepáticos y permite realizar un buen control vascular del mismo. Sin embargo, de forma muy excepcional, debemos considerar la vía toracoscópica transdiafragmática para las lesiones muy periféricas, localizadas en los segmentos VII/VIII, con una severa adhesión alrededor del hígado por cirugías previas.

CP175. REPERCUSIÓN CLÍNICA Y MICROBIOLÓGICA DEL DRENAJE BILIAR PREOPERATORIO

N Tapia Duran, N Ávila García, LC Hinojosa Arco, J Roldán de la Rúa, Y Eslava Cea, L Mora Navas, G Carranque Chaves, R De Luna Díaz, MÁ Suarez Muñoz

Sección Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: La duodenopancreatectomía cefálica (DPC) es una intervención quirúrgica compleja destinada al tratamiento de tumores periampulares.

Dada la localización intrapancreática de la porción distal del conducto hepático, la ictericia es un hallazgo habitual en el momento diagnóstico de la enfermedad. Dependiendo de la severidad de la misma, en ocasiones es necesario realizar drenaje biliar preoperatorio (DBP) mediante colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) para controlarla y optimizar la situación del paciente antes de la intervención.

Sin embargo, este procedimiento se ha relacionado con una mayor morbilidad postoperatoria debido a la contaminación biliar generada por el paso de microorganismos entéricos a los conductos hepáticos.

Planteamos un estudio en el que analizamos los cambios microbiológicos inducidos por la realización de DBP y sus repercusiones clínicas.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se incluyen 50 pacientes intervenidos de DPC entre 2015 y 2017 divididos en dos grupos en función del antecedente de DBP (39%) o no (57%).

En todos los casos se tomó muestra del líquido biliar para cultivo al comienzo de la intervención. La repercusión clínica en forma de complicaciones postoperatorias también fue valorada.

Resultados: En los pacientes sin antecedente de DBP, destacar la presencia de Streptococcus spp (14% de los casos), Enterococcus spp (3%), Escherichia coli (3%) y Haemophilus influenzae (3%). Por otro lado, en los pacientes con antecedente de DBP se detectaron, entre otros, Klebsiella spp (64% de los casos) Enterococcus spp (57%),

Candida spp (27%), Enterobacter spp (21%), Pseudomona aeruginosa (21%), Citrobacter koseri (21%) y Clostridium perfringens (21%).

Esta variabilidad en los hallazgos microbiológicos entre los pacientes de uno y otro grupo se tradujo en una mayor incidencia de complicaciones y estancia postoperatoria en los pacientes con antecedente de DBP, entre las que destacan sepsis, sepsis grave y shock séptico por su significación estadística, tal y como se aprecia

COMPLICACIONES	NO DRENAJE BILIAR	DRENAJE BILIAR PREOPERATORIO	Valor p
FÍSTULA PANCREÁTICA	14%	8%	0.2
FÍSTULA BILIAR	0%	6%	0.3
RETRASO VACIAMIENTO GÁSTRICO	0%	6%	0.4
COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS	14%	17%	0.8
COMPLICACIONES INFECCIOSAS	43%	25%	0.2
ISQ	21%	6%	0.09
BACTERIEMIA	29%	8%	0.06
SEPSIS	36%	11%	0.04
SEPSIS GRAVE	29%	3%	0.01
SHOCK SÉPTICO	21%	3%	0.03
ESTANCIA HOSPITALARIA	16.7(+/-29)	11.3(+/-9)	0.04

Tabla 1

Incidencia de complicaciones y estancia hospitalaria con/sin antecedente de DBP.

en la tabla adjunta.

Conclusiones: La realización de DBP induce una serie de cambios microbiológicos que pueden repercutir de forma negativa en la evolución postoperatoria de los pacientes intervenidos de DPC. Este tipo de registros puede resultar útil para adaptar la profilaxis antibiótica a los microorganismos más frecuentes en cada institución. Por otro lado, destacar la necesidad de una valoración individualizada e interdisciplinar de cada paciente para realizar DBP solo en los casos que sea imprescindible.

CP176. TUMOR PANCREÁTICO EN EL CONTEXTO DE UNA PANCREATITIS CRÓNICA: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

A García Vico¹, JM Lorente Herce¹, G Jiménez Riera², D Martínez Baena², P Parra Membrives²

¹UGC Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla. ²UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: El tejido pancreático ectópico puede encontrarse en varias localizaciones, siendo las más frecuentes estómago, duodeno y yeyuno. Suelen ser lesiones asintomáticas y se diagnostican de forma incidental.

La presencia de páncreas ectópico en la ampolla de Vater en una entidad poco frecuente con menos de 25 casos publicados hasta la fecha.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 63 años con antecedente de etilismo crónico, actualmente abstigente. Durante estudio por aumento de transaminasas en analítica de rutina, se observó en Tc de abdomen una lesión en ampolla de Water sugestiva de ampuloma (Figura 1). La ecoendoscopia confirmó la presencia de una tumoración hipocogénica de 15mm a nivel de la ampolla afectando la vertiente interna del colédoco en su porción más distal condicionando una dilatación del mismo. Ante la alta sospecha de ampuloma se indicó una duodenopancreatectomía cefálica.

Durante el postoperatorio presentó una fístula pancreática grado B, bien exteriorizada por drenaje que pudo ser retirada previo al alta hospitalaria.

La histología definitiva fue de pancreatitis sobre páncreas ectópico de localización intra y periampular sin signos de malignidad.

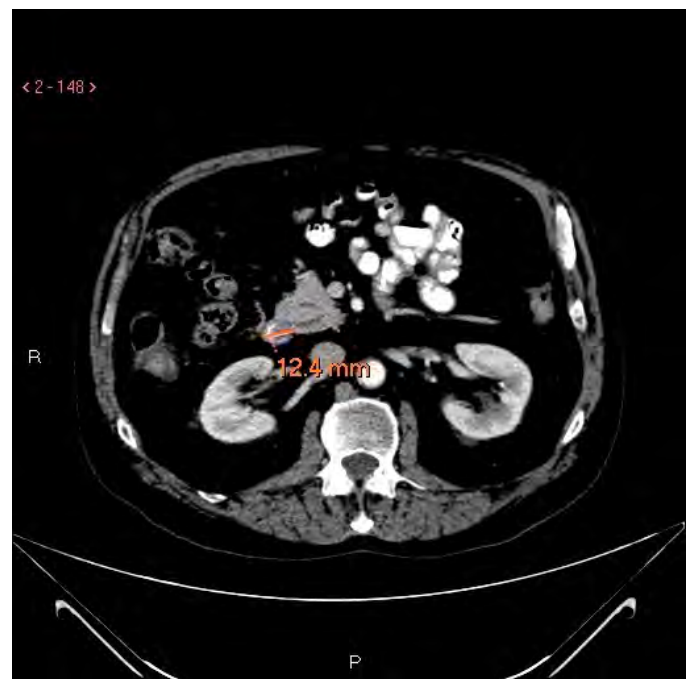


Figura 1

Tc de abdomen: lesión en ampolla de Water sugestiva de ampuloma.

Discusión: La evaluación de una masa pancreática en el contexto de una pancreatitis crónica es un desafío diagnóstico. La ecoendoscopia permite la toma de biopsias con una sensibilidad del 85-90% y una especificidad del 100%. Sin embargo, en presencia de pancreatitis crónica, estas cifras son menores. Tanto el adenocarcinoma como la pancreatitis focal tienen similar apariencia por ecoendoscopia haciendo difícil diferenciarlas. Además, la histología no es del todo fiable pues una pancreatitis crónica puede simular malignidad a nivel citológico. Por otra parte, la presencia de múltiples áreas hipocogénicas en el parénquima pancreático dificultan la decisión de qué área biopsiar y la identificación de lesiones pequeñas.

Por todo ello, ante la presencia de masas en cabeza pancreática sugestivas de malignidad o con diagnóstico dudoso, aún en ausencia de diagnóstico claro histológico, se indica cirugía radical ya que el riesgo de no intervenir supera en estos casos una conducta expectante.

CP177. A PROPÓSITO DE UN CASO DE PIODERMA GAGRENOSO

R Gómez Pérez¹, C Pérez López², E Corrales Valero¹, FJ Fernández García¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²Unidad Enfermedades Infecciosas. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: El pioderma gangrenoso es una lesión cutánea benigna que se asocia a diversas patologías sistémicas, siendo la más frecuente la enfermedad inflamatoria intestinal. Se trata de una enfermedad ulcerativa crónica y necrotizante que puede afectar a cualquier parte del cuerpo, siendo las extremidades su localización más habitual. Existen pocos casos descritos en la literatura de afectación mamaria por pioderma, algunos son secundarios a traumatismo quirúrgico en mamoplastias u otros procedimiento invasivos debido al fenómeno de patergia.

Caso clínico: Mujer de 39 años que acude a urgencias por mastitis de mama izquierda placa necrótica periareolar acompañado de telorragia. Sin nódulo ni adenopatías palpables. Afebril. En tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante las 4 semanas previas. A destacar una hermana diagnosticada de cáncer de mama a los 38 años.

A la exploración presenta además grandes úlceras crónicas en miembro superior izquierdo (figura 1) de larga data no filiadas. Analítica al ingreso sin leucocitosis, sin neutrofilia, coagulación normal y PCR 62,1. PCT < 0,01. Ingres para tratamiento antibiótico de amplio espectro con buena evolución clínica. Serología y cultivos negativos para bacterias, hongos y micobacterias. La biopsia mamaria descartó el carcinoma de mama y la del fondo de la lesión del brazo confirmó el diagnóstico de pioderma gangrenoso. Por lo que inició tratamiento con corticoesteroides.

Tras este episodio la enferma ingreso nuevamente en dos ocasiones por lesiones similares en diferentes localizaciones. Se ha descartado Enfermedad de Behçet y otras autoinmunes y se está contando con el apoyo de dermatología y psiquiatría por la sospecha de que se traten de lesiones facticias.

Discusión: Debemos hacer una buena historia clínica y una exploración completa. En nuestro caso cabe destacar la poca afectación sistémica, sin fiebre, sin leucocitosis, los cultivos estériles que apoyan el diagnóstico de exclusión de pioderma gangrenoso. También se contempló la posibilidad de que fueran lesiones dérmicas facticias (patomimia o Sd de Munchausen sin lesiones internas) dados los antecedentes de consumo de mórficos y de que no había lesiones en zonas inaccesibles para la paciente. El pioderma gangrenoso suele estar asociado a enfermedad sistémicas como la colitis ulcerosa,



Figura 1

Lesiones en miembro superior izquierdo.

artritis, vasculitis autoinmunes, Enf de Behçet. Es importante realizar un correcto diagnóstico e iniciar un tratamiento adecuado de forma precoz para poder evitar grandes defectos estéticos.

CP178. AMPUTACIÓN INFRACONDÍLEA , ¿ CUÁNDO INDICARLA?

B de Soto Cardenal¹, C Domínguez Sánchez¹, L Gil Alonso¹, SP de Lebrusant Fernández²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal de la Merced, Osuna. ²Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera

Introducción: La amputación infracondílea es una técnica que consiste en la amputación mayor del miembro inferior conservando la articulación de la rodilla. Es una técnica poco utilizada en nuestro medio dado que se asocia a un postoperatorio más complejo pero que tiene una mayor tasa de protetización, por lo que es importante

seleccionar aquellos pacientes que vayan a verse beneficiados de la elección de esta técnica.

Caso clínico: Varón de 46 años de edad con antecedentes de fumador de 1 paquete de tabaco diario, hipertenso, diabético y dislipémico, que acude a urgencias con diagnóstico de infección de partes blandas a nivel de miembro inferior. Tras una valoración inicial, se procedió a ingreso hospitalario para tratamiento antibiótico y desbridamiento local en quirófano, presentando importante necrosis de tejidos blandos hasta antepié. Dada la mala evolución del cuadro clínico y analítico se decidió amputación, optando por la amputación infracondílea dada la edad del paciente, su situación basal previa y vascularización del miembro valorada mediante angioTAC. Presentando de forma posterior una evolución favorable con alta a domicilio a los 6 días postoperatorios y siendo portador de prótesis en la actualidad.

Discusión: Los cirujanos generales tradicionalmente tratamos en muchos centros las complicaciones locales en los miembros inferiores asociadas con la diabetes, ante las cuales en muchos casos nos vemos obligados a realizar amputaciones mayores. En los últimos años el aumento del intervencionismo vascular ha conseguido disminuir el número de amputaciones mayores, pero aún así desgraciadamente nos vemos obligados a realizar un número no desdeñable de amputaciones mayores.

La amputación infracondílea es una técnica de mayor complejidad quirúrgica y mayor convalecencia postoperatoria pero que aporta una mayor tasa de protetización, y por ello es importante hacer una valoración de los factores de riesgo que pueden orientarnos a una mala evolución de la misma para su indicación. Los estudios actuales son bastante limitados y no hay un score establecido, pero dentro de los factores de mayor importancia que creemos que habrá que valorar se encuentran, la mortalidad a corto plazo, la situación basal del paciente descartando aquellos pacientes que no deambulen de forma previa, la situación del miembro contralateral dado que muchos pacientes requerirán en su evolución una amputación contralateral, la vascularización del miembro y la capacidad de cicatrización con sus posibles complicaciones locales del muñón.

CP179. CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO RETROPERITONEAL PRIMARIO: A RAZÓN DE UN CASO.

NS Ávila García, MS Álvarez Escribano, S Mansilla Díaz, E Buendía Peña, LC Hinojosa Arco

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: Los cistoadenocarcinomas mucinosos retroperitoneales primarios son una patología muy poco frecuente. El diagnóstico preoperatorio supone un reto pues la sintomatología es inespecífica y las características radiológicas tanto en TC como RMN pueden ser sugestivas pero no concluyentes para el diagnóstico definitivo; además, la PAAF preoperatoria es discutible ya que tiene escaso rendimiento y existe la posibilidad de diseminación.

A continuación, presentamos el caso de una lesión quística retroperitoneal sin organodependencia clara en pruebas de imagen, cuyo diagnóstico diferencial incluye: Linfangioma, Mesotelioma quístico, Cistoadenocarcinoma, Teratoma quístico y Quiste epidérmico.

Caso clínico: Mujer de 48 años sin antecedentes de interés que comenzó con cuadro de dolor en hipocondrio derecho, acompañado de náuseas, vómitos y sensación de plenitud gástrica; con exploración física anodina.

Se inició el proceso diagnóstico con ecografía y TC de abdomen con contraste intravenoso, donde se detectó a nivel de flanco derecho (debajo del polo inferior del riñón derecho) una lesión quística de 6 cm con paredes engrosadas y varios polos sólido-quísticos en su interior, que se realzan de contraste **Figuras 1**.

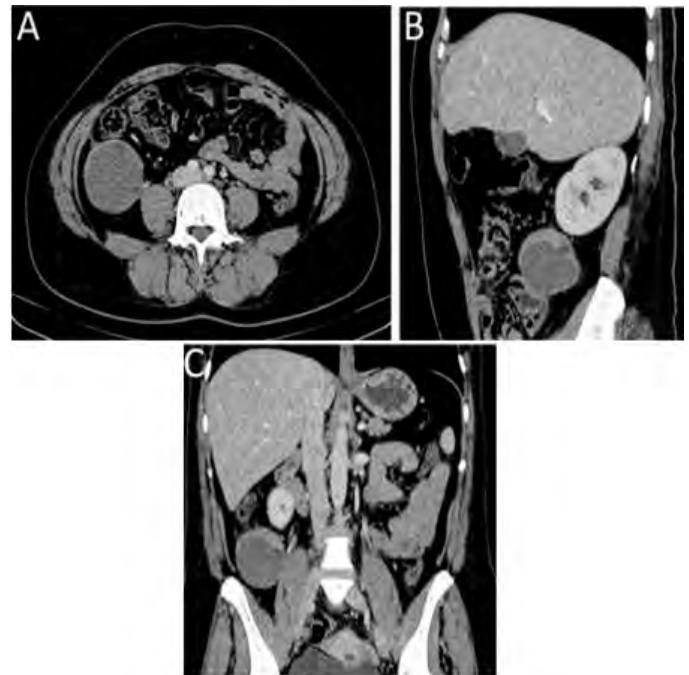


Figura 1

Cortes axial (A), sagital (B) y coronal (C) de TC de abdomen: lesión quística retroperitoneal sin organodependencia clara.

Se llevó a cabo biopsia con aguja gruesa guiada por TC con hallazgos de fibrosis e inflamación crónica y ausencia de malignidad. Así mismo, se realizó estudio por parte de Ginecología sin hallazgos patológicos.

Finalmente se decidió laparoscopia exploradora, teniendo como único hallazgo una lesión quística en retroperitoneo, detrás del ciego sin dependencia del mismo ni de otras estructuras (**Figura 2**). Se realizó exéresis completa de la lesión quística sin apertura de la misma. Presentó buena evolución en planta y alta hospitalaria al 2º día postoperatorio.

El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica describió una lesión quística de 6 x 5 x 2,5 cm con áreas mucinosas coloides, compatible con Cistoadenocarcinoma mucinoso con áreas de células en anillo de sello.

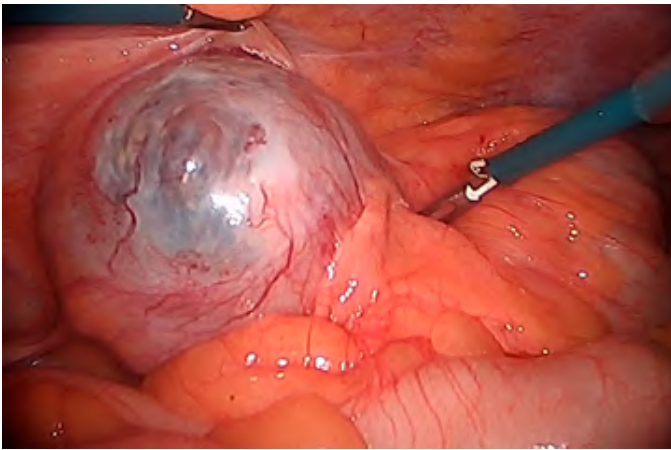


Figura 2

Lesión quística retroperitoneal adyacente a ciego.

Como la tumoración se extrajo de manera íntegra sin rotura intraoperatoria ni invasión de estructuras vecinas y con estudio de extensión negativo se desestimó la administración de quimioterapia adyuvante.

Discusión: En definitiva, el manejo de las lesiones quísticas retroperitoneales debe individualizarse según los riesgos de la exéresis quirúrgica teniendo en cuenta localización anatómica, tamaño y relación con estructuras vasculares y órganos vecinos.

CP180. CONDROSARCOMA DE PARED TORÁCICA CON INVASIÓN ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

J Sánchez Segura¹, O Fernández González², JA Toval Mata¹, S Mera Velasco¹, R Arrabal Sánchez², I González Poveda¹, J Carraco Campos¹, J Santoyo Santoyo¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga. ²Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: El condrosarcoma es un tumor productor de cartílago que suele localizarse habitualmente a nivel de pelvis, cadera y hombros. Es la tercera tumoración ósea maligna primaria más frecuente. Su incidencia es mayor entre los 20 y 50 años, siendo la más frecuente a partir de la sexta década de vida. Se caracteriza por un crecimiento lento y bajo índice metastásico. Se clasifica en tres grados histológicos en función del número de atípicas, mitosis y grado de diferenciación. El grado 3 es el que presenta mayor agresividad y capacidad metastásica, siendo la supervivencia a 10 años del 29%.

La cirugía es la base del tratamiento del condrosarcoma, ya que ofrece la única posibilidad de curación. Suelen ser resistentes a tratamientos adyuvantes, considerándose la quimioterapia ineficaz. La radioterapia no ha demostrado su eficacia, aunque puede emplearse de forma adyuvante a la cirugía en tumores localmente avanzados con márgenes positivos o con fines paliativos.

Caso clínico: Varón de 37 años sin antecedentes de interés que consulta por una tumoración a nivel de pared torácica inferior izquierda que ha ido creciendo progresivamente, siendo dolorosa en los últimos meses.

En la resonancia magnética (**Figura 1**) se observa una masa de 11x12x14cm polilobulada que parece depender de la unión condrocostal izquierda., englobando la 10ª costilla izquierda con cambios líticos de la cortical. Gran afectación del músculo oblicuo interno e impronta severa en cavidad abdominal, desplazando colon transverso y descendente y asas intestinales. La masa contacta además con el polo inferior del bazo y el riñón izquierdo. La realización de un PET-TC (**Figura 2**) evidenció una baja avidéz por 18F-FDG desde el punto de vista metabólico, así como gran componente central de necrosis.

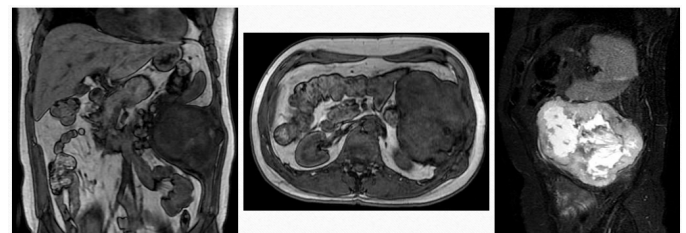


Figura 1

Resonancia magnética.

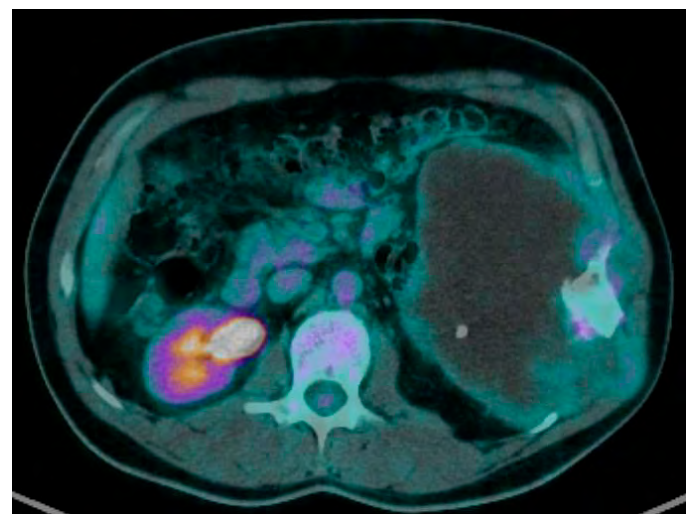


Figura 2

PET-TC.

Se realiza una tumorectomía laparotómica con resección de la 10ª costilla y el músculo oblicuo interno. Disección dificultosa del resto de estructuras implicadas sin necesidad de resección. Reparación del defecto parietal con malla VentríoST de 25x20cm.

La anatomía patológica informa de un condrosarcoma pT2N0, grado III de la OMS, con infiltración muscular y margen afecto (R1). Tras reevaluación radiológica sin evidencia de enfermedad, se decide adyuvancia con radioterapia externa.



Figura 3



Figura 4

CP181. DIAGNÓSTICO INCIDENTAL DE CARCINOMA DE ORIGEN DESCONOCIDO ANTE LESIÓN DE PARTES BLANDAS NO SOSPECHOSA

MT Robles Quesada, JA Blanco Elena, L Pico Sánchez, J Granados García

Sección Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: El lipoma es un tumor de partes blandas muy frecuente y fácil de diagnosticar por inspección y palpación, por identificarse como un nódulo o masa, blanda, normalmente bien delimitado, superficial, móvil. Las indicaciones para la extirpación quirúrgica son dolor, restricción de movimiento porque afecten a la articulación, crecimiento rápido o cambio de aspecto. Sin embargo, no todos los nódulos subcutáneos blandos son lipomas, con lo cual habría que conocer los diagnósticos diferenciales de tumores de partes blandas.

Se expone un caso de diagnóstico de carcinoma de origen desconocido tras el resultado anatomopatológico de una tumoración cervical que a priori parecía benigna.

Caso clínico: Varón de 74 años intervenido mediante cirugía menor, con anestesia local de tumoración de 2cm, cervical lateroposterior derecha, superficial, móvil, no doloroso que apareció hacía unos meses, sospechosa de lipoma Vs quiste epidérmico que el paciente deseaba su extirpación. Durante la cirugía se observa que tanto la consistencia como la coloración no se correspondía con el diagnóstico de sospecha. Se manda la pieza quirúrgica a anatomía patológica

ANATOMIA PATOLÓGICA: formación redondeada de consistencia firme, de 2 cm, constituida al corte por un tejido de coloración blanquecina. ganglio linfático cuello: metástasis de carcinoma indiferenciado sólido con inmunofenotipo CK5/6, CK7, 34-BETA-E12 y p16+. A descartar carcinoma orofaríngeo HPV-relacionado.

Se deriva a otorrinolaringología para exploración por su parte y se solicitan batería de pruebas complementarias con el objetivo de encontrar el tumor primario.

Exploración otorrinolaringológica: orofaringe, nasofibroscoopia normal. No palpación de adenopatías cervicales

TC cuello-torax: adenopatías patológicas en espacios cervicales derechos. Adenopatías mediastínicas patológicas.

PET: adenopatías patológicas laterocervicales derechas, supraclaviculares, espacio paraespinal/escaleno derecho y mediastínicas, con metabolismo compatibles con malignidad. No se observan alteraciones del metabolismo en parénquima pulmonar, abdomen, pelvis

Actualmente no se ha encontrado el tumor primario.

Discusión: El diagnóstico de sospecha por la exploración física de la tumoración era una lesión de partes blandas que en la mayoría de las ocasiones no tiene indicación de cirugía, tratándose de un tumor benigno muy frecuente; si la lesión no hubiera sido extirpada ,

Discusión: El condrosarcoma costal es una patología infrecuente de crecimiento lento y escasa sintomatología. Ante la presencia de una tumoración costal debe descartarse mediante una prueba de imagen, que permitirá además evaluar la afectación de estructuras vecinas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. La radioterapia adyuvante puede ser una opción en pacientes con márgenes afectos.

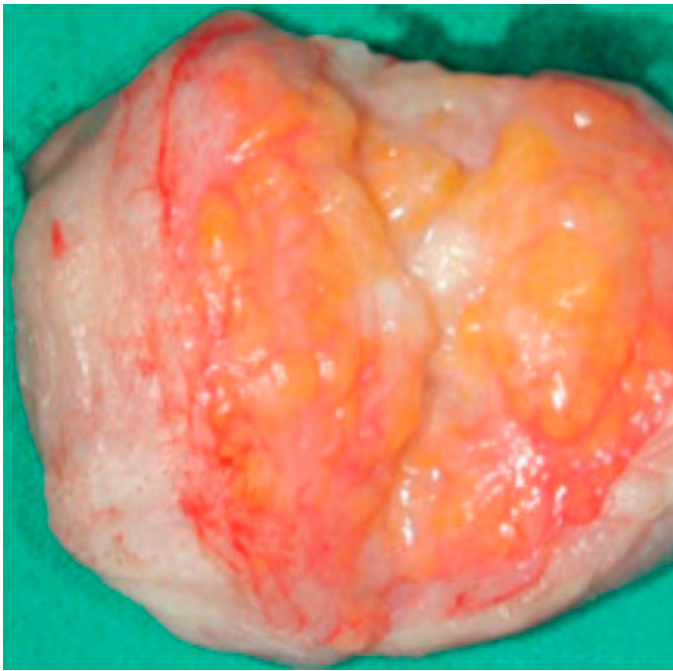


Figura 1
Nódulo cervical superficial

probablemente no se hubiera llegado a un diagnóstico muy diferente del inicial, y además, un diagnóstico que genera alta ansiedad. Por tanto, el cirujano se debe plantearse variar reflexiones: ¿merece la pena solicitar prueba de imagen a todas las tumoraciones de partes blandas por muy benignas que se sospechen? ¿merece la pena extirpar y mandar a anatomía patológica todas las tumoraciones de partes blandas por las que nos consulta?

CP182. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORACIÓN EN FOSA ILÍACA DERECHA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MA Herrero Torres, MC Montes Osuna, P Notario Fernandez, ML Delgado Carrasco, JM Villar del Moral

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: En la región anatómica de la fosa ilíaca derecha localizan varios órganos: el ciego con el apéndice cecal, el íleon terminal, el ovario y la trompa en la mujer y el cordón espermático en el hombre.

Presentamos el caso de una paciente con una sospecha diagnóstica inicial de mucocele apendicular.

Caso clínico: Mujer de 42 años con antecedentes ginecológicos de dos cesáreas, un embarazo ectópico y una ligadura de trompas. Inicialmente estudiada por parte de Ginecología por un dolor localizado en fosa ilíaca derecha de un año de evolución. La exploración abdominal era anodina. La ecografía ginecológica

describía una tumoración anecoica, con tabiques incompletos de 7 por 5 centímetros (cm) que podría corresponder con trompa dilatada. Se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) y con una resonancia magnética (RM) de pelvis con contraste intravenoso que describía lesión quística de 7 cm compatible con mucocele apendicular (**Figura 1**). El estudio de extensión fue negativo y se programó la cirugía.



Figura 1
Nódulo cervical superficial

Mediante abordaje laparotómico, se evidenció una lesión quística de 7 por 5 cm localizada en fosa ilíaca derecha, aparentemente no dependiente de ninguna estructura. El apéndice cecal no mostraba hallazgos patológicos. La lesión se encontraba adherida a trompa y ovario derechos, pudiendo ser extirpada sin ninguna complicación (**Figura 2**).

El postoperatorio cursó de forma favorable y fue dada de alta al primer día.



Figura 2
Pieza quirúrgica.

El resultado anatomopatológico informó de quiste tapizado por epitelio de tipo tubárico (hidrosalpinx). A los 2 meses de la intervención la paciente se encontraba asintomática.

Discusión: En el diagnóstico diferencial de tumores localizados en fosa ilíaca derecha se encuentran varias patologías: cáncer de colon, de ovario, quistes ováricos, abscesos tuboováricos, etc. Por ello es importante realizar un adecuado estudio preoperatorio, aunque no es hasta el acto quirúrgico y posterior análisis anatomopatológico cuando se confirman los hallazgos.

En nuestro caso, la paciente fue inicialmente diagnosticada de un mucocele apendicular, pero finalmente resultó un quiste de origen tubárico.

El hidrosalpinx es una dilatación de la trompa de Falopio debido a una oclusión distal de la misma. Frecuentemente se debe a una enfermedad inflamatoria pélvica, siendo otras causas la cirugía ginecológica previa, embarazo ectópico, colocación de DIU o apendicitis.

Puede cursar de manera asintomática o con dolor pélvico, pudiendo ser causa de infertilidad. El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen (ecografía, histerosalpingografía).

El tratamiento de elección en pacientes sintomáticas es la salpinguectomía vía laparoscópica, pudiendo realizarse una salpingostomía en aquellas pacientes con deseo de concepción.

CP183. FIBROMATOSIS MESENTÉRICA TIPO DESMOIDEA, A PROPÓSITO DE UN CASO

S Roldán Ortiz¹, A Andueza Urdangarin², MÁ Mayo Ossorio¹, MC Bazán Hinojo¹, JM Pacheco García¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

²Servicio Radiodiagnóstico. Hospital Puerta del Mar, Cádiz

Introducción: La fibromatosis mesentérica tipo desmoidea es una entidad rara, por ello consideramos importante conocerla, así como su diagnóstico diferencial para llegar al diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Mujer de 25 años de edad, sin antecedentes destacables. Acude a urgencias por dolor y distensión abdominal progresiva de dos semanas de evolución, asociada a estreñimiento. En exploración, presenta abdomen no doloroso, distendido con matidez asociada, palpándose en hemiabdomen inferior una gran tumoración no móvil. Analíticamente destaca, hemoglobina 7,7 gr/dl, PCR 29,8 mg/L sin otros hallazgos. B-HCG negativa. En ecografía transvaginal se observa tumoración sólida en pelvis superior a 18 cm, sin poder establecer origen. En TC abdominal se describe voluminosa masa mesentérica de 19 x 11,6 x 21cm, bien delimitada e hipodensa que provoca desplazamiento de asas intestinales y engloba parcialmente un asa de yeyuno.

Ante hallazgos descritos, se decide cirugía programada mediante laparotomía media, encontrando tumoración bien delimitada que

depende de mesenterio y engloba de forma incompleta a yeyuno. Extirpación en bloque de tumoración y resección yeyunal. El postoperatorio cursa sin incidencias. En anatomía patológica se describe fibromatosis mesentérica tipo desmoide.

Discusión: La fibromatosis mesentérica desmoidea es una entidad rara que supone el 0,03% de todas las neoplasias y menos del 3% de los tumores de partes blandas. Se trata de una neoplasia fibroblástica localmente agresiva, sin potencial metastatizante con un pico de incidencia entre la 3ª y 4ª décadas de la vida. La mayoría de los casos descritos, son esporádicos; sin embargo, también puede ocurrir en asociación con el síndrome hereditario de poliposis adenomatosa familiar (PAF) Se trata de tumoraciones de crecimiento lento y progresivo. Son fundamentales las pruebas radiológicas para el diagnóstico diferencial, siendo el TC abdomen el que nos proporciona mayor información. El diagnóstico diferencial debemos establecerlo con gestación que se descarta con B-HCG negativa, tumoración ovárica, mesotelioma quístico peritoneal benigno, quiste de inclusión peritoneal, linfangioma quístico, pseudomixoma peritoneal... El tratamiento de elección es la cirugía en bloque con resección completa de la tumoración, así como órganos que pueda englobar. Es importante tener en cuenta su elevada capacidad de recidivar tras la cirugía y de su asociación con el Síndrome de Gardner para completar estudio mediante colonoscopia, como en nuestra paciente durante seguimiento en consultas externas.

CP184. INFECCIÓN POR COVID-19 TRAS CIRUGÍA CITORREDUCTORA Y HIPEC EN UNA PACIENTE CON CARCINOMATOSIS DE ORIGEN OVÁRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

B Rufián Andújar, D Merlo Moreno, JM Sánchez Hidalgo, Á Arjona Sánchez, Á Casado Adam, L Rodríguez Ortiz, S Rufián Peña, FJ Briceño Delgado

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Reina Sofía, Córdoba

Introducción: Presentamos el caso clínico de una paciente de 75 que debuta con la enfermedad COVID-19 en el postoperatorio de cirugía citorreductora con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica por recidiva peritoneal de cáncer de ovario

Caso clínico: Paciente intervenida en 2017 de cáncer de ovario estadio I. Octubre/2019: se diagnostica de recidiva de la enfermedad con nódulos pélvicos y masa 5 cm en hemipelvis izquierda. Recibe 4 ciclos de carboplatino-taxol y se interviene en marzo: esplenectomía polar inferior, omentectomía, resección de masa pélvica con parte de mesosigma sin resección intestinal, peritonectomía de flanco derecho y pélvica, con la administración posterior de HIPEC con paclitaxel.

Postoperatorio inicial sin incidencias, recibiendo corticoides las primeras 48h. Inicio de síntomas respiratorios leves al 6º DPO, y dos días después la paciente presenta dificultad respiratoria (SatO2 basal 91%, pO2 53mmHg, pCO2 34mmHg) y taquicardia, linfopenia (550/ μ L), Dímero-D 3642. Dados los datos clínicos y analíticos se solicita PCR SARS-CoV-2 con resultado positivo al segundo test. Se traslada a la

paciente a planta de hospitalización COVID, inicia tratamiento con hidroxocloroquina+azitromicina+ceftriaxona. En TC abdominal de control se observa absceso pélvico que se trata con meropenem.

A los 14 días del inicio de los síntomas continúa con necesidad de reservorio a 15lpm y comienza ciclo de 3 días de inmunoglobulinas. Al no presentar mejoría, se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos. A los 17 días del debut inicia tratamiento con lopinavir/ritonavir+interferón-B, precisando soporte ventilatorio (ONAF).

Evolución favorable en UCI con disminución del soporte. PCR SARS-CoV-2 negativa a los 22 días. Mejoría clínica, radiológica y analítica, con traslado a planta de hospitalización COVID, recibiendo el alta a su domicilio al 35 DPO. La paciente recibió tratamiento con heparina durante todo el ingreso, sin sufrir fenómenos trombóticos.

Discusión: Se muestra la evolución de la enfermedad COVID-19 en una paciente con factores de riesgo como la edad, los antecedentes oncológicos y el tratamiento quirúrgico agresivo de una carcinomatosis de origen ovárico. El empleo de medidas de soporte intensivas y el uso compasivo de los fármacos recomendados hasta el momento, han favorecido la recuperación de esta paciente, basándose en la limitada evidencia de la que se disponía hasta el momento. Este caso sugiere que el curso de COVID-19 no es necesariamente fatal en presencia de una inmunosupresión secundaria a un proceso oncológico y su tratamiento agresivo, y que la atenuación de la cascada inmune provocada por este virus puede ser clave en el manejo de esta enfermedad.

CP185. LEIOMIOSARCOMA DE PARED ABDOMINAL COMO HALLAZGO INCIDENTAL DURANTE CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J Sánchez Segura, FA Jose Luis, P Gutierrez Delgado, J Aranda Narváez, C Montiel Casado, A Rodriguez Cañete, FJ Moreno Ruiz, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional de Málaga, Málaga

Introducción: Los sarcomas de partes blandas suponen <1% de las neoplasias malignas. De ellos <5% tienen su origen en la pared abdominal. El leiomiosarcoma suele localizarse en el retroperitoneo, generalmente relacionado con estructuras vasculares venosas. Podemos encontrarlo con menos frecuencia en la cavidad peritoneal, en tejidos blandos de la pelvis o en la pared abdominal.

Los leiomiosarcomas de pared abdominal, al contrario que los ubicados en retroperitoneo, se suelen observar en la tomografía computarizada (TC) y en resonancia magnética como una masa homogénea, sin signos de hemorragia o necrosis.

El tratamiento es la cirugía resectiva con márgenes libres. La radioterapia adyuvante no ha demostrado su eficacia, aunque puede emplearse en tumores localmente avanzados con márgenes positivos.

La quimioterapia está indicada en leiomiosarcomas avanzados con metástasis, en muchos casos con fines paliativos.

Caso clínico: Mujer de 61 años intervenida de un adenocarcinoma de recto mediante resección anterior baja laparoscópica con ileostomía de protección y quimioterapia adyuvante. No se observan signos de recidiva en la TC de seguimiento tras 18 meses de la intervención. Tras descartar signos de estenosis mediante endoscopia y enema opaco, se decide programar cirugía de reconstrucción del tránsito.

Se realiza cierre de ileostomía mediante una anastomosis ileo-ileal manual latero-lateral. En el espesor de la pared abdominal periestomal se identifica nódulo pétreo que se remite junto a la pieza para estudio por Anatomía Patológica. El resultado es un leiomiosarcoma de 3 cm grado 1 según la clasificación FNCLCC (French Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer) con márgenes afectos.

Se revisan las imágenes de TC (Figura 1), identificando un nódulo periestomal que corresponde con el encontrado. No se identifican otras lesiones compatibles con metástasis. Se reinterviene a la paciente para ampliación de márgenes, sin evidencia de neoplasia en la nueva muestra.



Figura 1

TC preoperatorio con nódulo señalado (asterisco).

La paciente no presenta complicaciones ni signos de recidiva tras un año de la intervención.

Discusión: Los leiomiosarcomas constituyen una neoplasia poco común de la pared abdominal. El tratamiento de elección será la resección quirúrgica, no disponiendo actualmente de terapias adyuvantes eficaces. Es por ello que la afectación de márgenes debe tratarse siempre que sea posible mediante cirugía. La presencia de márgenes positivos, el grado tumoral y la diseminación metastásica del tumor constituyen los principales factores pronósticos para determinar la supervivencia, por lo que el estudio anatomopatológico de la pieza será clave para lograr un manejo óptimo del paciente.

CP186. LIPOMA PARAVESICAL COMO CAUSA INUSUAL DE HERNIA INGUINAL BILATERAL

A Roman Rando, J Cañete Gomez, A Garcia Vico, VD Briceño Auero

UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme, Sevilla

Introducción: Los tumores primarios retroperitoneales representan el 0,2% de todas las neoplasias. De ese 0,2 el 80% son malignos.

Los lipomas extraperitoneales benignos son extremadamente raros y representan el 2,9% de todos los tumores extraperitoneales. Nosotros presentamos un caso de un lipoma dependiente de vejiga urinaria que se manifestó como hernia inguinal bilateral.

Caso clínico: Se trata de un varón de 59 años que acude a nuestra consulta por hernia inguinal bilateral sintomática. Además, refería dolor y distensión abdominal junto con parestesias en pierna derecha y síntomas urinarios irritativos.

Durante la exploración se confirmó la presencia de ambas hernias y, además, una masa firme y de bordes bien definidos en hipogastrio.

El diagnóstico se completó con una analítica que fue anodina. La ecografía abdominal revelaba una gran masa retroperitoneal y heterogénea cuyo origen no se podía dilucidar con claridad.

En TC de abdomen, se confirmó la presencia de dicha masa (Figura 1) que ocupaba hipogastrio desplazaba a la vejiga urinaria y otras vísceras abdominales hacia los canales inguinales.

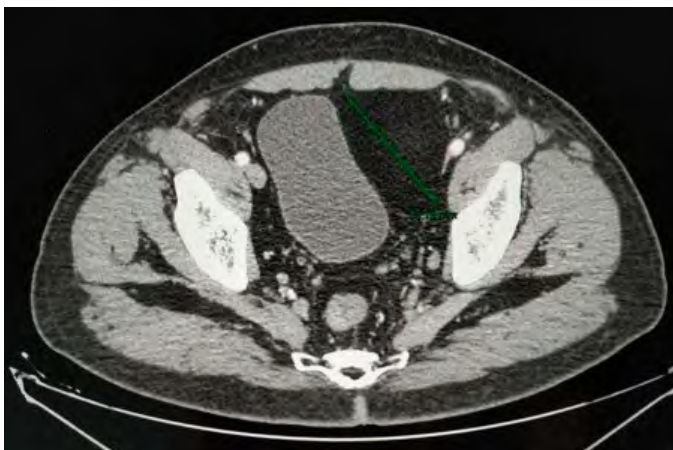


Figura 1

Lipoma dependiente de la pared de la vejiga.

No se observaron adenopatías, lesiones óseas ni otras imágenes que sugirieran la presencia de metástasis.

Tras la discusión en un comité disciplinar se decidió realizar una laparoscopia exploradora. Durante la intervención se objetivó una

tumoración grasa dependiente de vejiga urinaria, con bordes bien definidos y compatible con un lipoma. Se realizó la exéresis total de la tumoración y reparación de ambas hernias inguinales mediante técnica extraperitoneal.

El estudio anatomopatológico confirmó que se trataba de un lipoma dependiente de vejiga urinaria.

Discusión: La mayoría de los lipomas son superficiales, los retroperitoneales son extremadamente raros. Cuando los lipomas aparecen en localización retroperitoneal, lo más frecuente es que dependa de los riñones. Los lipomas pélvicos son extremadamente raros pero pueden depender de estructuras pélvicas como la vejiga urinaria, vasos ilíacos y tejidos paravaginales.

Las pruebas de imagen como la RNM o la TC nos pueden ayudar en el diagnóstico de estas entidades. No obstante hay que tener en cuenta el diagnóstico diferencial con neoplasias malignas como el liposarcoma.

Se recomienda la exéresis total de la tumoración para evitar una posible transformación maligna en el futuro.

CP187. PRESENTACIÓN DE SARCOMA DE EWING EXTRAESQUELÉTICO COMO TUMORACIÓN GLÚTEA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

MT Robles Quesada, A Alberca Páramo, L Pico Sánchez, JA Blanco Elena, J Granados Garcia

Sección Cirugía General y Digestiva. Hospital Comarcal Infanta Margarita, Cabra

Introducción: Los tumores de la familia del sarcoma de Ewing incluyen entre otros, el sarcoma de Ewing clásico óseo, el extraesquelético (EES), el tumor neuroectodérmico primitivo periférico (PNET) y el tumor de Askin. El sarcoma de Ewing extraóseo y PNET son tumores de partes blandas, infrecuentes, agresivos, malignos y recurrentes. Aparece principalmente en personas jóvenes entre los 10 y los 30 años. Suelen afectar los espacios paravertebrales, miembros inferiores, cabeza, cuello y pelvis. Normalmente, afecta a tejido subcutáneo y músculos profundos. Rara vez aparece como tumoración primaria en piel.

Se presenta un caso de diagnóstico diferencial de una tumoración glútea aparentemente compatible con un absceso glúteo, que precisa de su estudio anatomopatológico para el diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Mujer de 24 años sin antecedentes de interés derivada a Urgencias para valoración por cirugía por tumoración glútea derecha de 5cm, eritematosa, caliente, dura, dolorosa, asociada a síndrome febril, en tratamiento antibiótico una semana sin mejoría. Se realiza bajo anestesia local incisión para drenaje de sospecha de absceso glúteo, sin obtención de material purulento. Se cambia pauta de antibioterapia y se deriva preferente a consulta, donde continúa con similar clínica y exploración, por lo que se solicita RM pélvica.

RM: dos nodulaciones compatibles con colecciones inflamatorias, como 1ª opción diagnóstica, en tejido celular subcutáneo del área inguinal derecha y en la glútea ipsilateral.

Con resultado de RM, y la paciente continuar la lesión con similar aspecto, y aparición de otra tumoración inguinal derecha, se realiza biopsia tipo punch de la tumoración glútea.

Anatomía patológica : fragmento de piel, (región glútea) con extensa infiltración dérmica por un tumor de células pequeñas redondas y azules tipo sarcoma de Ewing extraesquelético/tumor neuroectodérmico primitivo periférico (PNET).

Se comenta caso con oncología médica, oncología radioterápica y cirugía plástica para el tratamiento integral de la paciente una vez llegado a dicho diagnóstico.



Figura 1

Lesión glútea, sospechosa de absceso.

Discusión: Las pruebas de imagen, pueden no llegar a un diagnóstico definitivo, y tiene que ser la biopsia incisional la prueba imprescindible para ello. El cirujano, médico de atención primaria o urgencias debe tener presente los diferentes diagnósticos diferenciales de una lesión cutánea atípica o en partes blandas, en cualquier localización y rebelde a tratamiento. El sarcoma de Ewing extraesquelético o el tumor neuroectodérmico primitivo periférico (PNET) por su rareza y similitud con otras entidades puede ser clínica y radiológicamente subdiagnosticado. Además, ante este hallazgo, es preciso el manejo por un equipo multidisciplinar para su correcto tratamiento.

CP188. USO DE LA TC TORÁCICA COMO SCREENING PREQUIRÚRGICO DE COVID-19

A Senent Boza¹, J Jurado Serrano², P Beltrán Miranda¹, N García Fernández¹, A Sánchez Arteaga¹, J Tinoco González¹, F Pareja Ciuró¹, J Castell Monsalve¹, J Padillo Ruiz¹

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla. ²Servicio Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: Varios estudios han evaluado el rendimiento de la TC de tórax como herramienta de diagnóstico de COVID-19 en pacientes con síntomas respiratorios. Las pruebas de RT-PCR son actualmente el gold standard para el diagnóstico de esta enfermedad, pero su disponibilidad puede ser limitada debido a la escasez global de las mismas durante la pandemia o antes de procedimientos quirúrgicos de emergencia. Este estudio analiza el rendimiento de la TC de tórax como herramienta de detección preoperatoria de COVID-19.

Material y métodos: Del 26 de marzo al 30 de abril de 2020, se realizaron 339 estudios de TC de tórax en un hospital de tercer nivel a pacientes que se iban a someter a un procedimiento quirúrgico electivo o con sospecha de un diagnóstico quirúrgico agudo. El hallazgo radiológico de opacidades en vidrio deslustrado unifocales o multifocales se consideró sospechoso o positivo para COVID-19.

Resultados: La cohorte del estudio incluyó 339 TC torácicas realizadas en 309 pacientes (172 hombres [55,7%]; edad media [DE], 60,9 [17,3]). La prevalencia de COVID-19 fue del 1,94%. La TC de tórax tuvo una sensibilidad del 66,7% (IC del 95%: 30-90,3) y una especificidad del 98,8% (IC del 95%: 97-99,5) para la detección de la infección por SARS-CoV-2. Los valores predictivos positivos y negativos fueron 50% (IC del 95%: 21,5 a 78,5) y 99,4% (IC del 95%: 97,8 a 99,8), respectivamente.

	TCs totales (n=339), No. (%)	TCs urgentes (n=264), No. (%)	TCs electivos (n=75), No. (%)	p
Edad (años)	60.95 ±17.6	60.8 ±18.7	61.5 ±12.5	0.726
Sexo masculino	187 (55.5)	146 (55.3)	41 (54.7)	0.922
Síntomas COVID-19	40 (11.8)	39 (14.8)	1 (1.3)	0.001
Tipo de diagnóstico quirúrgico				
Diagnóstico no quirúrgico	11 (3.2)	11 (4.2)	0 (0)	0.072
Benigno	89 (26.3)	76 (28.8)	13 (17.3)	0.047
Maligno	108 (31.9)	46 (17.4)	62 (82.7)	<0.001
Traumático	9 (2.7)	9 (3.4)	0 (0)	0.105
Infeccioso	122 (36.0)	122 (46.2)	0 (0)	<0.001
Indicación de cirugía	177 (52.2)	104 (39.4)	73 (97.3)	<0.001
Test RT-PCR para SARS-CoV-2	92 (27.1)	83 (31.4)	9 (12.0)	0.001
TC torácica con hallazgos de COVID-19	8 (2.4)	8 (3)	0 (0)	0.127
Confirmación del diagnóstico de COVID-19	6 (1.8)	6 (2.3)	0 (0)	0.188

Tabla 1

TC: tomografía computerizada; COVID-19: enfermedad por coronavirus 2019; RT-PCR: reacción en cadena de la polimerasa con retrotranscriptasa.

Conclusiones: La TC torácica mostró alta especificidad y valor predictivo negativo como herramienta de cribado preoperatorio para detectar COVID-19 en el contexto de esta pandemia, lo que podría ser útil en situaciones de disponibilidad limitada de pruebas RT-PCR o en las que no pueda esperarse a obtener el resultado de las mismas, como el ámbito de la cirugía de urgencia, con el objetivo de mejorar la protección del personal sanitario y de los pacientes mediante una detección precoz de los individuos con COVID-19.