

XVI Congreso de la ASAC

Comunicaciones orales

CO001. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LA ENFERMEDAD DE CROHN. FACTORES RELACIONADOS Y SU EVOLUCIÓN A LO LARGO DEL TIEMPO.

LC Hinojosa Arco¹, EA Buendía Peña¹, S Martín Cortes¹, NS Ávila García¹, B García García¹, N Martos Rojas¹, G Alcaín Martínez², 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 cirugía sigue siendo necesaria en gran cantidad de pacientes con enfermedad de Crohn. Entre los factores relacionados con la aparición de complicaciones destacan la cirugía urgente, consumo preoperatorio de esteroides o presencia de abscesos en el momento de la intervención.

Material y métodos: presentamos un estudio descriptivo que compara la incidencia de complicaciones en el postoperatorio y los factores relacionados con su aparición en 132 pacientes intervenidos de enfermedad de Crohn ileocecal entre los años 2000-2019. Se presentan los resultados del total de la muestra y, a continuación, las diferencias existentes entre dos grupos de pacientes: los intervenidos entre 2000-2009 (76 pacientes) con los operados entre 2010-2019 (56 pacientes).

Resultados: La edad media al diagnóstico de la enfermedad fue 31 años y el tiempo medio hasta la intervención 81 meses. El tratamiento preoperatorio utilizado fue salicilatos en el 77%, corticoides en el 76,7%, inmunosupresores en el 57% y antiTNF en el 27%. El abordaje quirúrgico fue laparotómico en el 92,4% y la anastomosis mecánica en el 86,9% y manual en el 7,7% (ileostomía terminal en el 5,4%).

Los factores relacionados con la aparición de complicaciones aparecen en la **Tabla 1**. Según la Clasificación de Montreal, se detectó mayor incidencia de complicaciones (dehiscencia anastomótica y sangrado que requiere transfusión) y mayor necesidad de reintervención en los pacientes A1, L3 y B3. Respecto al tratamiento preoperatorio, destacar una mayor incidencia de complicaciones y de reintervención en los pacientes con tratamiento esteroideo previo. A su vez, presentaron mayor tasa de reintervención los pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF. Respecto al tipo de cirugía, aparecieron más complicaciones y necesidad de reintervención en pacientes operados durante el ingreso de un brote por mala evolución, respecto a operados

de forma programada o urgente. Por último, se evidenció mayor incidencia de complicaciones y reintervenciones en los pacientes con anastomosis manual.

Al analizar las distintas décadas por separado obtenemos los resultados que aparecen en el **Figura 1**.

Destacar que transcurrió una mayor cantidad de tiempo entre el diagnóstico y la intervención en los pacientes intervenidos en el segundo grupo. Igualmente se realizó una mayor cantidad de casos por laparoscopia y una menor tasa de reintervención en los pacientes de la segunda década.

Conclusiones: en conclusión, remarcar ciertos factores preoperatorios que pueden estar relacionados con la aparición de complicaciones, como variables de la Clasificación de Montreal, el tratamiento previo con corticosteroides y la cirugía durante un brote. Con los años, además, se aprecia un aumento del abordaje laparoscópico y una disminución de la tasa de reintervención.

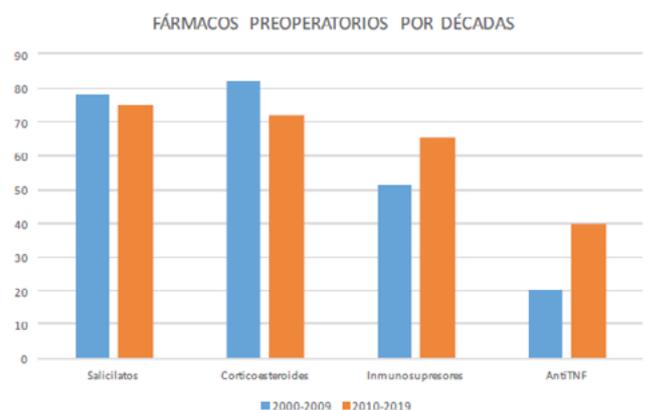
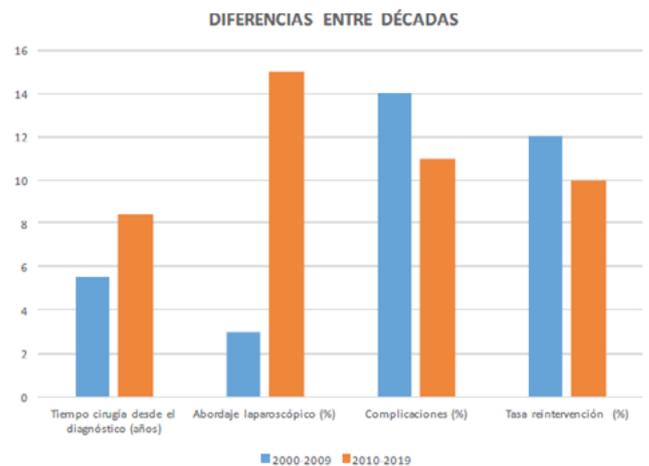


Figura 1 Características diferenciales entre ambas décadas.

CLASIFICACIÓN MONTREAL	COMPLICACIONES	REINTERVENCIÓN
A1	21.4%	14.3%
A2	19.5%	12.6%
A3	10.3%	6.9%
L1	12.7%	8.9%
L3	16.1%	16%
B1	17%	9%
B2	13%	12%
B3	25%	16.7%
TRATAMIENTO PREOPERATORIO		
Corticoides	45%	12.7%
No Corticoides	25%	11.1%
ANTI-TNF	16%	14%
No ANTI-TNF	14%	10%
CIRUGÍA		
URGENTE	9%	9%
PROGRAMADA	15%	10%
DURANTE INGRESO	20%	12.5%
ANASTOMOSIS		
MANUAL	30%	20%
MECÁNICA	16%	11.5%

Tabla 1

Factores relacionados con la aparición de complicaciones/reintervenciones.



Acceder al vídeo

CO002. IMPLANTACIÓN PROTOCOLO ERAS EN CIRUGÍA PANCREÁTICA.

B Estébanez Ferrero, M Lorenzo Liñán, I Teruel Lillo, SM López Saro, R Torres Fernández, N Espinola Cortés, O Fuentes Porcel, A Reina Duarte

Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería

Introducción: los programas ERAS representan un cambio en el manejo perioperatorio basado en una serie de actuaciones que atenúan el estrés quirúrgico, mantienen las funciones fisiológicas y aceleran el retorno al estado basal previo. El objetivo consiste en mejorar la recuperación y reducir las complicaciones postoperatorias, modificando la respuesta metabólica a la agresión quirúrgica, a través de una serie de medidas aplicadas antes, durante y después de la cirugía. La instauración de dicho protocolo de *Fast Track* en un contexto de abordaje multidisciplinar pretende mejorar los resultados actuales.

Material y métodos: implantación de un protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) en cirugía pancreática en el Hospital

Torrecárdenas. Estudio prospectivo comparativo con la serie de los últimos años y evaluación de resultados tras la introducción de dicho protocolo.

Resultados: revisión de 26 pacientes sometidos a una DPC en el Hospital Torrecárdenas entre los años 2015-2018 (Tabla 1) y medidas de intervención en protocolo de Rehabilitación Multimodal.

Mortalidad	23.07%
Morbilidad Clavien \geqIII	21.7 %
Estancia Hospitalaria (media)	35,5 días
Reingreso	7.7 %
Fistula B/C	30,7 %
Gastroparesia B/C	26.9%
Hemorragia B/C	7.7%

Tabla 1

Resultados previos a implantación protocolo ERAS.

Conclusiones: la implementación de un programa ERAS modula la sensibilidad perioperatoria a la insulina, disminuyendo la respuesta del organismo a la agresión quirúrgica y mejorando los resultados postoperatorios. El cumplimiento de los componentes individuales del protocolo se relaciona de manera directa con la mejora de resultados, disminuyendo las complicaciones y la estancia hospitalaria a partir de un 70-80% de adherencia.



Acceder al vídeo

CO003. PRESENTACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN REPARACIÓN DE LA HERNIA PERINEAL: SERIE DE CASOS.

L Navarro Morales, L Tallón Aguilar, J Tinoco González, A Sánchez Arteaga, V Durán Muñoz-Cruzado, MJ Tamayo López, A Nevado Infante, J Padillo Ruiz

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

Introducción: la hernia perineal (PerH) tras la resección abdominoperineal es una complicación conocida, aunque no está clara su frecuencia, se ha visto un incremento de la misma en la actualidad. Para la reparación de la PerH existen numerosas técnicas, ninguna reconocida como *gold standard*. El objetivo del presente trabajo, es el de presentar nuestra experiencia de una serie de casos.

Material y métodos: estudio retrospectivo de todas las PerH operadas en nuestro centro entre enero del 2012 y abril del 2019. Se han recogido las siguientes variables: edad, sexo, causa, presentación, abordaje y tipo de cirugía, complicaciones, y seguimiento postoperatorio. Hemos considerado la presencia de hernia perineal en aquellos pacientes con disconfort perineal y/o dolor, asociado a tumoración a dicho nivel y con prueba de imagen positiva.

Resultados: siete pacientes (3 mujeres y 4 hombres) con una media de edad de 76 años (rango entre 70 y 82 años) fueron diagnosticados de PerH. Los siete pacientes (100%) tuvieron previamente el antecedente de una amputación abdominoperineal por cáncer de recto. Todos estaban sintomáticos en el momento del diagnóstico, presentando disconfort y dolor. Seis (85.7%), presentaron tumoración a la exploración, y prueba de imagen positiva (se realizó TC en todos los casos). El abordaje utilizado fue: vía abdominal (n=1), perineal sin malla (n=1), perineal con una malla (n=3), y reparación perineal con dos mallas (n=2). El tipo de implante utilizado fue bioabsorbible (n=1), PVDF (n=4, a dos de los cuales se les asoció una PPL), y malla biológica (n=1). No hubo complicaciones postoperatorias salvo en 1 paciente (14.3%) que fue éxitus por causa médica. El resto de pacientes fueron dados de alta en 5 días (rango: 4 y 9 días) y reevaluados en consultas, con buen estado clínico, sin molestias ni complicaciones y con reincorporación a las actividades de la vida diaria.

Conclusiones: en los últimos años se han publicado numerosos estudios, frecuentemente de baja calidad, que sugieren el uso de diferentes tipos de mallas. Sin embargo, no existen estudios clínicos prospectivos o aleatorizados que establezcan cuál es el tipo de técnica más apropiada, de forma que la reparación de la PerH por el momento responde a una individualización de cada caso.



CO004. RADIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EL MANEJO DE LOS SARCOMAS RETROPERITONEALES. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE CASOS-CONTROLES.

N Martos Rojas¹, A Ortega Martínez¹, LT Ocaña Wilhelmi¹, R Soler Humanes¹, JL Fernández Serrano¹, EA Buendía Peña¹, S Martín Cortés¹, R Correa Generoso², R de Luna Díaz¹

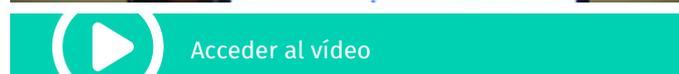
¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga. ²UGC Oncología Radioterápica. Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria, Málaga

Introducción: los sarcomas retroperitoneales (SRP) son tumores raros con una baja incidencia, por lo que resulta difícil establecer unas recomendaciones con alta evidencia. Se ha sugerido en varios estudios la mejoría de los resultados oncológicos a corto plazo tras el tratamiento neoadyuvante con radioterapia externa. Podría también disminuir la recurrencia local. Es por esto que hemos establecido un protocolo de radioterapia neoadyuvante (RTN) en sarcomas retroperitoneales y abdominales desde 2016. Presentamos los resultados de un estudio de casos-controles retrospectivo en el que comparamos pacientes que han recibido neoadyuvancia con los que no la habían recibido.

Material y métodos: 9 pacientes que habían recibido RTN (46-50Gy en 22-25 sesiones) han sido intervenidos. En este estudio de casos-controles retrospectivo, hemos comparado a estos 9 pacientes con otros 9 pacientes que también fueron operados pero que no habían recibido RTN.

Resultados: la media de edad en el grupo No-RTN ha sido de 48,2 años y en el grupo RTN de 57,9. En cuanto al tamaño de los tumores, la media ha sido de 17.6 cm entre los pacientes que no recibieron RTN en comparación con 19.28 cm entre los que sí la habían recibido. 4 de los casos de RTN eran de alto grado. En cambio, en el grupo control solo se han reportado 2 casos. El grado de respuesta a la RTN se ha medido como porcentaje de necrosis, con una media de respuesta del 19,44%. Se realizó resección en bloque en todos los casos sometidos a RTN, consiguiendo márgenes negativos en 6 casos y márgenes amplios >2 cm en 5 de ellos. Solo en 4 pacientes que no habían recibido RTN se obtuvieron márgenes amplios. No se ha observado mortalidad perioperatoria. Tras los meses de seguimiento, el grupo RTN no ha presentado ningún *exitus* mientras que el grupo No-RTN cuenta con 3 pacientes fallecidos. Con respecto a la recurrencia local, 1 paciente presentó recidiva en menos de 6 meses en el grupo RTN en contraste con 3 pacientes en el grupo No-RTN. Uno de los pacientes del grupo RTN había recibido también tratamiento neoadyuvante con quimioterapia. En el grupo control recibieron quimioterapia neoadyuvante 3 pacientes.

Conclusiones: Con los resultados actuales podemos continuar aplicando RTN con el objetivo de conseguir resecciones en bloque con márgenes libres amplios, disminuir la recurrencia local y, así, aumentar la supervivencia. Resulta difícil llegar a unas recomendaciones con evidencia elevada debido a la baja incidencia de los SRP.



CO005. DIVERTICULITIS AGUDA NO COMPLICADA: ¿ES SEGURO EL TRATAMIENTO AMBULATORIO EN EL ENTORNO DE UNA UNIDAD COMARCAL?

JA Blanco Elena, J Granados García, J Plata Rosales, R del Rosal Palomeque

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

Introducción: la patología diverticular presenta una alta prevalencia, afectando al 30% de los pacientes mayores de 60 años. Aproximadamente el 20-25 % de pacientes afectados de diverticulosis desarrollarán algún episodio de diverticulitis aguda. La tendencia actual ante pacientes con diverticulitis aguda no complicada sin factores de riesgo es el tratamiento ambulatorio, para lo que es preciso disponer de protocolos de eficacia y seguridad clínica comprobadas y basados en la mejor evidencia científica disponible. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados iniciales tras la implantación de un protocolo de tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda en una unidad comarcal.

Material y métodos: estudio descriptivo incluyendo aquellos pacientes tratados en una unidad comarcal de patología colorrectal por diverticulitis aguda no complicada que cumplieran los criterios de inclusión para el tratamiento ambulatorio contemplados en nuestro protocolo. Tras el diagnóstico, que implica la evaluación clínica de los factores de riesgo de mala realización y una tomografía de estadificación, aquellos pacientes seleccionados realizarán tratamiento ambulatorio: antibioterapia y analgesia orales y dieta pobre en residuos. A la semana se procede a reevaluación clínica en consulta, completándose estudio si es necesario. Tras el alta se realiza seguimiento telefónico.

Resultados: Se incluyeron un total de 39 pacientes entre enero de 2017 y enero de 2018. Predominó el sexo masculino (55%). La edad media fue de 59 años +/- 12 años. El 54% de pacientes no presentaba comorbilidades. El 69% de los casos constituía el primer episodio, siendo éste el único en el 86% de ellos. El antibiótico más empleado fue amoxicilina/clavulánico (89%), seguido de ciprofloxacino/metronidazol (7%). El estudio inicial se completó con enema opaco en el 38% de casos y con colonoscopia en el 78%. Se indicó cirugía programada en 12 pacientes por persistencia de la clínica. El 36% recibió tratamiento con rifaximina.

Conclusiones: el tratamiento ambulatorio de la diverticulitis aguda no complicada es eficaz y seguro en nuestro medio. La realización de TC de abdomen y selección de pacientes son mandatorios para establecer una adecuada indicación.

CO006. HERNIA INGUINAL URGENTE ¿ES POSIBLE UN ABORDAJE LAPAROSCÓPICO?

C González de Pedro, L Tallón Aguilar, J Tínoo González, A Sánchez Arteaga, V Durán Muñoz-Cruzado, F Pareja Ciuró, J Padillo Ruiz

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

Introducción: analizar la experiencia de nuestro hospital en el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal urgente.

Describir las ventajas del abordaje laparoscópico en la cirugía urgente de la hernia inguinal.

Material y métodos: se realizó un estudio retrospectivo de las intervenciones urgentes por hernia inguinal durante el periodo de Enero de 2009 a Marzo de 2019, incluyéndose todas aquellas hernias que acudieron a Urgencias con sospecha de incarceration y/o estrangulación. Se analizaron datos demográficos, características de la hernia según la clasificación de la EHS, abordaje y técnica quirúrgica, estancia media y complicaciones postoperatorias.

Resultados: se intervinieron 668 pacientes de forma urgente por hernia inguinal. Solo en 9 casos se empleó el abordaje laparoscópico (1,34%): 6 hombres (66,67%) y 3 mujeres, con una edad media de 66,99 años (54 - 83). En ningún caso se objetivó bilateralidad herniaria, siendo más frecuente el lado derecho (7 - 77,77%). Hasta en 4 casos (44,44%) se objetivó un componente mixto, siendo más frecuente la hernia inguinal indirecta (L en la clasificación EHS), seguido de la crural (F) y la directa (M). En todos los casos se realizó un abordaje laparoscópico tipo TAPP, sin necesidad de conversión ni de resección intestinal. Respecto al contenido herniario, en 6 casos (66,67%) fue grasa, en 2 casos (22,22%) asa de intestino delgado y en 1 caso se produjo una reducción herniaria durante la inducción anestésica. En 7 casos (77,77%) se empleó una malla de PPL, siendo de PTFE en los 2 casos restantes (22,22%). Como método de fijación de la malla se emplearon *tackers* en 5 casos (55,55%), adhesivo de fibrina en 1 caso (11,11%), *tackers* y fibrina en 1 (11,11%) y sin fijación en 2 casos (22,22%). Para el cierre del *flap* peritoneal se usó sutura barbada en 2 casos (22,22%), sutura estándar en 1 caso (11,11%) y *tackers* en los 6 restantes (66,66%). La estancia media postoperatoria fue de 1,5 días (0-4), sin asociar complicaciones. No evidenciaron recidivas herniarias, aunque el seguimiento ha sido escaso (máximo 7 meses).

Conclusiones: el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal es un recurso útil y seguro, con ventajas frente al abordaje tradicional, pero que exige una adecuada formación y experiencia. Sin embargo, aún se necesitan nuevos estudios de mayor calidad para demostrar la seguridad y eficacia de este abordaje.

CO007. MICROCIURUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

I Teruel¹, F Rubio¹, B Estébanez², S López², R Torres¹, Á Reina¹

¹UGC Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería. ²UGC Cirugía General. Complejo Hospitalario de Especialidades Torrecárdenas, Almería

Introducción: exponer los resultados obtenidos en nuestro centro con el TEM.

Material y métodos: presentamos los casos operados desde Junio 2008 hasta Febrero de 2019 en nuestra unidad de coloproctología. La indicaciones de TEM fueron lesiones benignas rectales, tumores rectales precoces (T1,N0,M0), lesiones con intención paliativa en pacientes seleccionados con neoplasias (alto riesgo quirúrgico, negación de estoma...); como macrobiopsia en lesiones submucosas sin biopsias concluyentes o discordancia clínica preoperatoria y otras lesiones no neoplásicas (estenosis anastomosis, endometriosis...).

Resultados: se realizaron 158 resecciones mediante TEM entre lesiones benignas y malignas. Se ha realizado la exéresis de 10 lesiones rectales atípicas.

En cuanto a las lesiones malignas, hay pT0, pTis, pT1 y pT2-3.

En cuanto a morbilidad asociada, se han presentado rectorragias, siendo esta la más frecuente, pero no ha precisado transfusiones y en un caso revisión en quirófano de la hemostasia, hematuria, enfisema subcutáneo, absceso pélvico y neumoperitoneo que se han resuelto con tratamiento conservador.

Durante el seguimiento entre los pacientes que se intervinieron con fines curativos se han realizado polipectomias endoscópicas sobre la cicatriz previa, hemos reintervenido a pacientes por recidiva de pólipos (ReTEM) y en un caso debutó la recidiva con metástasis hepáticas.

Conclusiones: La TEM es una técnica efectiva y segura en el manejo de lesiones rectales, con fines terapéuticos y diagnósticos (macrobiopsia), con una escasa morbilidad asociada y sin mortalidad asociada a la misma.

de pared abdominal por presentar eventración magna invalidante, M3M4M5W4 según la EHS. Se realiza estudio con TC sin contraste que muestra gran eventración con la práctica totalidad de las asas intestinales con un anillo herniario de 38,5mm, diámetro del saco herniario de 11x26x36cm y severa atrofia de la musculatura de rectos anteriores. Se calculó un índice de Tanaka del 32%. Dados los hallazgos, se decide preparación respiratoria con fisioterapia y realización de neumoperitoneo preoperatorio progresivo con intervención posterior. La paciente presentaba un Carolinas Equation for Determining Associated Risks (CeDAR) del 63%. Se realiza colocación de catéter percutáneo mediante técnica de Seldinger, guiado por ecografía y de forma ambulatoria, la paciente es citada diariamente para insuflación de aire ambiente (1L) durante 10 días. Se realiza reevaluación con estudio de imagen con TC sin contraste, mostrando importante neumoperitoneo con vísceras dentro de la cavidad abdominal. Finalmente, se decide intervención, realizándose eventroplastia tipo Rives-Stoppa con abdominoplastia asociada, sin incidencias. Presión intraabdominal final de 12 cm de agua.

Discusión: la introducción de neumoperitoneo progresivo preoperatorio para las eventraciones con pérdida de derecho a domicilio fue descrito por Goñi Moreno y actualmente se está convirtiendo en un procedimiento habitual en unidades especializadas. Esta técnica permite una adaptación fisiológica al llevarse a cabo una reintroducción progresiva del contenido herniario a la cavidad abdominal.

Tras nuestra experiencia, podemos afirmar que se trata de una técnica segura, fácil de realizar y costoefectiva, ya que permite simplificar cierres de paredes abdominales complejas con técnicas habituales evitando resecciones y disminuyendo el riesgo de síndrome compartimental.

XVI Congreso de la ASAC

Comunicaciones póster

CP001. NEUMOPERITONEO PROGRESIVO COMO TERAPIA PUENTE A LA REPARACIÓN DE EVENTRACIONES CON PÉRDIDA DE DERECHO A DOMICILIO.

MA Moya Ramírez¹, M Domínguez Bastante¹, MA Herrero Torres¹, JL Diez Vigil¹, A Gomez Arroyo¹, A Mansilla Rosello²

¹Servicio Cirugía General y Digestiva. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada. ²Servicio Cirugía General. Complejo Hospitalario Regional Virgen de Las Nieves, Granada

Introducción: las hernias incisionales o eventraciones obedecen a una tensión excesiva y cicatrización inadecuada de una incisión previa. Enfermedades tan prevalentes como obesidad, EPOC y DM se encuentran entre sus principales factores de riesgo. Las grandes eventraciones pueden producir pérdida del domino abdominal, es decir, el contenido abdominal deja de alojarse en la cavidad abdominal. El objetivo este caso es describir el beneficio que supone la técnica de neumoperitoneo preoperatorio en pacientes con eventraciones con pérdida de derecho a domicilio en base a nuestra experiencia con un caso clínico.

Caso clínico: paciente de 66 años de edad con antecedentes de obesidad (IMC 45kg/m2), SAHS con CPAP, FA, HTA, diabetes y exfumadora. Intervenida de hernia umbilical hace mas de 40 años realizándose herniorrafia. Acude a nuestras consultas de cirugía

CP002. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA POR MAMOGRAFÍA DIGITAL CON CONTRASTE INTRAVENOSO.

J Varela Recio¹, V Camacho Marente¹, S Cerrato Delgado², T Gómez Sánchez¹, A Valverde Martínez¹, MA Mayo Ossorio³, MD Casado Maestre¹, JM Pacheco García¹

¹Departamento Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz. ²Departamento Aparato Digestivo. Hospital Puerta del Mar, Cádiz. ³Consulta Cirugía General y Digestiva. Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Introducción: los tumores sarcomatoides son excepcionales y en concreto el carcinoma pleomórfico de pulmón solo representa el 0,3% de los casos. Las metástasis de cáncer de pulmón de localización intestinal son infrecuentes. Normalmente no se manifiestan clínicamente hasta producir complicaciones como hemorragia, obstrucción intestinal o perforación.

Caso clínico: presentamos el caso de un paciente de 75 años, fumador de 110 paquetes/año. Ingresado en nuestro centro tras resección cuneiforme de lóbulo superior izquierdo con diagnóstico anatomopatológico (AP) de carcinoma de células escamosas y lobectomía inferior izquierda con resultado AP de carcinoma pleomórfico. Evolución inicial favorable debutando en el 4º día postoperatorio con vómitos, timpanismo y ausencia de deposiciones. Tras la no resolución del cuadro en siguientes 24h se decide realizar una